

Peter Esser

ZUR EFFEKTIVITÄT EINER ERLEBNISORIENTIERTEN
PSYCHOTHERAPIE

1981



Psychologie

ZUR EFFEKTIVITÄT EINER ERLEBNISORIENTIERTEN

PSYCHOTHERAPIE

Eine kontrollierte klinische Untersuchung der Auswirkungen einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen auf das Selbsterleben ('Experiencing') von Klienten sowie auf Merkmale des Therapieverlaufes und -erfolges.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von

Peter Esser

aus Bocholt

1981



D 6

Tag der mündlichen Prüfung . . . 9. 12. 1981 . . .

Dekan: Prof. Dr. M. E. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. Hanko Bommert

Korreferent: Priv. Doz. Dr. Plessen

All denen, die mir mittel- und unmittelbar bei der Fertigstellung meiner Arbeit gehilfen haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken:

meinen Kollegen Dipl.-Psych. Robert Anneken, Margarita Engberding und Dr. Cilly Schwerdt, die mir mit ihrer Kritik und ihren Anregungen bei der Fertigstellung des Trainingsmanuals halfen; den Klienten, die sich zur Verfügungstellung der Daten bereit erklärten; den studentischen Therapeuten und den Diplomanden, die sich mit großem Einsatz und Einfallsreichtum der empirischen Auswertung eines Teilaspektes der Untersuchung widmeten und deren Zusammenarbeit ich als sehr anregend empfand.

Prof. Dr. Lilly Kemmler möchte ich für die großzügige Bereitstellung der für die Untersuchung notwendigen Rahmenbedingungen innerhalb des Psychologischen Institutes sowie für ihre interessierte und unterstützende Anteilnahme an meinem Projekt danken.

Mein herzlicher Dank gilt meinem 'geistigen Mentor' und Betreuer der Arbeit Prof. Dr. Hanco Bommert, der mir bei der Konzipierung der Arbeit half und Mut machte und während der Zeit der Fertigstellung meiner Dissertation ein aufrichtiger und wertvoller Diskussionspartner war.

Wohltuend und unterstützend waren die Hilfen und Ratschläge meines Kollegen Privatdozent Dr. Ulf Plessen, der mir in der Anfangsphase und während der Auswertungsvorbereitungen meiner Untersuchung zur Seite stand.

Ganz besonders danken möchte ich meiner langjährigen Freundin und Kollegin Dr. Gisela Bartling, die während des gesamten Dissertationszeitraumes immer wieder die Zeit fand, mir als Gesprächs- oder Diskussionspartner, als Ratgeberin oder schlicht als Zuhörer in schwierigen Phasen der Arbeit zur Verfügung zu stehen.

Meinen Freunden und Mitbewohnern danke ich für ihre Geduld mit mir und meiner Freundin Karla, die meinen wechselnden Stimmungen viel Verständnis entgegenbrachte.

Schließlich gilt mein Dank Dipl.-Math. Dipl.-Psych. Roland Schneider, der einen großen Teil der Programmerstellung sowie die statistische Auswertung der Fragebogendaten besorgte, sowie Klaus Frank, der auf seine sorgfältige Weise die Grafiken anfertigte.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite:
I.	ÜBERBLICK ÜBER DIE FORSCHUNGSARBEIT 1
1.	Einführung 1
2.	Zum Aufbau der Arbeit 7
II.	THEORETISCHER TEIL 9
1.	Einleitung 9
2.	Die Entwicklung eines erlebnisorientierten Ansatzes im Kontext der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie 12
2.1.	Die 'Experiencing'-Theorie von GENDLIN 14
2.1.1.	Das 'Experiencing'-Konstrukt 15
2.1.2.	Der Prozess der 'Veränderung' (das 'Zentrieren') 16
2.2.	Die Praxis der 'Experiential Therapy' von GENDLIN 20
2.2.1.	Die 'Focusing'-Übung 22
2.3.	Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und 'Experiential Therapy': Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Theorie und Praxis 24
2.4.	Kritische Gesichtspunkte des GENDLINschen Ansatzes 28
3.	GENDLIN und 'die Folgen': die Erweiterung des erlebnisorientierten Klientenzentrierten Ansatzes 31
3.1.	Erlebnisaktivierende Interventionen ('EaI'): Merkmale und Ziele 34
4.	Die 'Gestalt Therapy' (GEST) von PERLS 40
4.1.	Einführung 40
4.2.	Theoretische Grundannahmen und Prinzipien: Schlüsselbegriffe der GEST 41
4.2.1.	Das 'Awareness'-Konstrukt 41

4.2.2.	Das 'Hier-und-Jetzt'-Prinzip	42
4.2.3.	Das Prinzip der 'organismischen Selbst-regulation'	42
4.2.4.	Das Prinzip der 'Selbst-Verantwortung'	43
4.2.5.	Definition von 'Neurose'	43
4.2.6.	Theorie der Veränderung und Therapieziel	44
4.3.	Zur therapeutischen Praxis: die 'Rationale' gestalttherapeutischen Vorgehens	46
4.3.1.	Das therapeutische Instrument 'awareness'	49
4.3.2.	'Regeln' und 'Experimente'	51
4.3.3.	Ein Exkurs zur Bedeutung der 'Gestalt-Methodenlehre'	52
4.4.	Erlebnisaktivierende Interventionen der GEST: Methoden zur Entwicklung der Bewußt-heit ('awareness')	56
4.4.1.	Zentrierung auf das 'Hier-und-Jetzt'	56
4.4.1.1.	Kommunikation in der Gegenwart	56
4.4.1.2.	Vergangenheit und Zukunft vergegenwärtigen	56
4.4.2.	'Amplifizierung'	58
4.4.2.1.	Der Gebrauch des 'awareness-continuums'	58
4.4.2.2.	Übertreibung und Wiederholung	59
4.4.2.3.	Aushalten von Gefühlen	61
4.5.	Erlebnisaktivierende Interventionen der GEST: Methoden zur Förderung von Selbst-Verantwortung	62
4.5.1.	Semantische 'Spiele'	62
4.5.1.1.	Sprachliche Äußerungen	63
4.5.1.2.	'Ich'-Sprache	64
4.5.1.3.	Veränderung von Verben ("Ich will nicht ...")	64
4.5.1.4.	Formulierung von 'Aussagen' anstelle von 'Fragen'	65
4.5.2.	Dialog-'Spiele'	66
4.5.2.1.	Der 'Innere Dialog'	66
4.5.2.2.	'Centering' - "Ausöhnung von Gegensätzen"	67
4.5.3.	Übungen zur Interpersonellen Direktheit	68
4.5.3.1.	'Ich und Du'	68
4.5.4.	Übungen zur Übernahme von Verantwortung	69

4.5.4.1.	'Aufmerksam machen' ('Feedback')	69
4.5.4.2.	Anbieten einer Therapeuten-Aussage ("Feed-a-sentence")	69
4.6.	Zentrale Merkmale der erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeuti- schen Kontext	70
5.	Die Einbeziehung gestalttherapeutischer 'EaI' in den Kontext der Klientenzent- rierten Gesprächspsychotherapie	72
5.1.	Darstellung bisheriger Integrationsver- suche	72
5.2.	Überlegungen zu Indikationsstellungen bei der Verwendung von 'EaI' im Kontext der Klientenzentrierten Gesprächspsychothera- pie	77
5.3.	Bisherige empirische Untersuchungen	82
5.3.1.	Einleitung	82
5.3.2.	Empirische Befunde aus Untersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von EaI aus dem Kontext der GEST auf die Klientenvariable 'Experiencing'	83
5.3.3.	Kritische Evaluation der empirischen Unter- suchungen	89
6.	Probleme einer 'Integration' von Klienten- zentrierter Gesprächspsychotherapie und Er- lebnisaktivierenden Interventionen in Theorie und Praxis	92
6.1.	'Integration' oder 'Kombination'?	94
6.2.	Auswirkungen auf die therapeutische Ratio- nale: zur Frage der 'Kompatibilität' von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EaI aus gestalttherapeutischem Kontext	98
6.2.1.	Zur Gefahr einer 'Paradigma-Kollision'	99
6.2.2.	Zusammenfassung	107
6.3.	Praktische Konsequenzen für das Verhalten des Therapeuten	109
6.4.	Probleme der Indikation	114

7.	Das Katharsis-Konzept: ein erweitertes explikatives Modell für veränderungs- relevante Klientenprozesse im Kontext einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und erlebnisakti- vierenden Interventionen aus dem Rahmen der Gestalttherapie	118
7.1.	Der 'Katharsis'-Begriff	119
7.2.	Die Revision des 'Katharsis-Konzeptes': Katharsis als "Abschluß einer unvoll- ständigen Gefühls- und Handlungssequenz"	121
7.3.	Komponenten der 'Katharsis': die 'kognitiv- emotionale' und die 'somatisch-emotionale' Katharsis	124
7.3.1.	Die 'Kognitiv-emotionale' Katharsis	124
7.3.2.	Die 'Somatisch-emotionale' Katharsis	127
7.3.3.	Schlußfolgerungen	132
III.	ERARBEITUNG VON UNTERSUCHUNGSZIELEN UND ABLEITUNG SPEZIFISCHER FRAGESTELLUNGEN	137
IV.	DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	143
1.	Untersuchungsplan	143
1.1.	Überblick	143
2.	Meßzeitpunkte	146
2.1.	Situationsmessung	146
2.2.	Verlaufsmessung	147
2.3.	Erfolgsmessung	147
3.	Beschreibung der Meßinstrumente	150
3.1.	Situationsmessung	151
3.1.1.	Ein 'subjektives Fremdeinschätzungsverfah- ren zur Erhebung der Klientenvariablen 'Experiencing' ('EXPERIENCING-SKALA' von GENDLIN in der dt. Fassung von DAHLHOFF und BOMMERT)	152
3.1.1.1.	Rater-Training	153
3.1.1.2.	Durchführung des Ratings	153

3.1.1.3.	Reduktion der EXP-Daten	155
3.1.2.	Ein 'subjektives Fremdeinschätzungsverfahren' zur Erhebung und Klassifizierung von 'Erlebnisaktivierenden Interventionen' der Therapeuten	156
3.1.2.1.	Durchführung des Ratings	158
3.1.2.2.	Reliabilitätsprüfung	159
3.1.2.3.	Reduktion der Daten	160
3.2.	Verlaufsmessung	160
3.2.1.	Der 'Stundenbegleitbogen Klient (SBK)'	161
3.2.2.	Der 'Stundenbegleitbogen Therapeut (SBT)'	165
3.3.	Erfolgsmessung	167
3.3.1.	Das 'Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)'	168
3.3.2.	Der 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)'	169
3.3.3.	Das 'Beck-Depressions-Inventar (BDI)'	171
3.3.4.	Das 'State Trait Anxiety Inventory (STAI)'	172
3.3.5.	Der 'Unsicherheits-Fragebogen' (Faktor "g")	174
4.	Behandlungsbedingungen	176
4.1.	Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie	176
4.2.	Erlebnisorientierte Psychotherapie (Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie unter Einbeziehung erlebnisaktivierender Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie)	178
4.2.1.	Das 'Trainingsmanual'	178
4.2.2.	Das 'Therapeuten-Training'	184
5.	Therapeuten	187
5.1.	Ausbildungsvoraussetzungen	187
5.2.	Zuteilung auf die Behandlungsgruppen	189
6.	Klienten	192
6.1.	Gewinnung und Zuteilung zu den Behandlungsgruppen	192
6.2.	Beschreibung der Klientenstichprobe	194

7.	Datenauswertung	201
V.	ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	205
1.	Einleitung	205
2.	Therapieabbrecher	206
3.	Vergleich der Ausgangswerte von EG und KG	210
4.	Beschreibung der Behandlungseffekte	214
4.1.	Einleitung	214
4.2.	Befunde der Situationsmessung	214
4.2.1.	Die Ergebnisse der EXP- und EaI-Erhebungen	214
4.2.1.1.	Die Klientenvariable 'EXP'	216
4.2.1.2.	Zusammenfassung und Befundauswertung (EXP)	225
4.2.1.3.	Die Therapeutenvariable 'EaI'	227
4.2.1.4.	Zusammenfassung und Befundauswertung zu (1) den EaI sowie (2) zur Beziehung zwischen 'EaI' und 'EXP'	236
4.3.	Befunde der Therapie-Verlaufsmessung	242
4.3.1.	Die Ergebnisse der 'Stundenbegleitbögen Klient' (SBK)	242
4.3.2.	Zusammenfassung	253
4.4.	Befunde der Therapieerfolgsmessung	256
4.4.1.	Darstellung der Ergebnisse von FPI und VEV	257
4.4.1.1.	Das 'Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)'	257
4.4.1.2.	Der 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)'	262
4.4.2.	Darstellung der Ergebnisse von BDI, STAI und U-Fragebogen ('g')	263
4.4.2.1.	Depressivität (BDI)	263
4.4.2.2.	Allgemeine Ängstlichkeit (STAI)	264
4.4.2.3.	Generelle Unsicherheit (U-Fragebogen, Fak- tor 'g')	265
4.4.3.	Zusammenfassung	266
4.5.	Weitere Ergebnisse (Zusammenfassung)	269

VI.	DISKUSSION DER BEFUNDE	274
1.	Überblick	274
2.	Zusammenfassende Darstellung, Auswertung und Diskussion der Untersuchungsbefunde in EG und KG	275
3.	Beantwortung der Untersuchungs-Frage- stellungen	283
4.	Zur Gültigkeit der empirischen Befunde	293
5.	Implikationen für die therapeutische Praxis	299
6.	Weitere Forschungsfragen	307
VII.	ZUSAMMENFASSUNG	311
VIII.	LITERATURVERZEICHNIS	315
IX.	ANHANG	333

I. ÜBERBLICK ÜBER DIE FORSCHUNGSARBEIT

1. EINFÜHRUNG

In den letzten Jahren hat sich zunehmend stärker im Bereich der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie eine Entwicklung durchgesetzt, die auf eine Erweiterung des ursprünglichen klientenzentrierten Therapiekonzeptes zielt.

In dieser Entwicklung spiegelt sich die Auffassung wieder, die Verwirklichung der ROGERSchen Basisvariablen (Einführendes Verstehen, positive Wertschätzung und emotionale Wärme, sowie Echtheit und Selbstkongruenz) könne nicht als einzige und ausreichende Bedingung für die Herbeiführung konstruktiver Veränderungen bei Klienten angesehen werden.

Diese Vermutung einer mangelnden Wirksamkeit des orthodoxen klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes bezieht sich insbesondere auf solche Situationen, in denen ein Klient bei einem distanziererten 'Reden ü b e r seine Schwierigkeiten' und den damit verknüpften Gefühlen stehenbleibt. Es handelt sich zumeist um solche Situationen, in denen der Klient gleichsam 'vor seinen eigenen aktuellen Gefühlen wegläuft', d.h.

- sich nicht mit dem vorhandenen Ausmaß und der wirklichen Intensität seiner aktuellen Empfindungen auseinandersetzt, und damit
- auch nicht wirklich das, was er seinem Therapeuten berichtet, auf sich einwirken läßt und für sich 'auslotet'.

Diese Erfahrungen aus der klinisch-therapeutischen Praxis finden ihren Niederschlag in einer e r w e i - t e r t e n Anwendung der klientenzentrierten Ge-

sprächspsychotherapie, für die der Begriff 'erlebnisorientierte' oder 'erlebnisaktivierende' Therapie geprägt worden ist, und in der das aktuelle Fühlen und Erleben ("experiencing") eines Klienten zunehmend mehr in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit rückt.

Auf diesem Stand der Entwicklung ist der Übergang zur Gesprächspsychotherapie Kontext-externen Methoden zur Vertiefung des intensiven und aktuellen Erlebens von Klienten fließend; in der praktischen therapeutischen Arbeit werden neben spezifischen Elementen aus GENDLINS "Experiential therapy" (z.B. dem 'Focusing') immer stärker erlebnisaktivierende Interventionen aus anderen Zusammenhängen herangezogen.

Damit wird eine Entwicklung eingeleitet, in der der Therapeut stärker als zuvor im orthodoxen klientenzentrierten Zusammenhang Prozessziele definiert und in der Arbeit bestimmt. Anders ausgedrückt: die klientenzentrierte Psychotherapie übernimmt erlebnisaktivierende Interventionen aus anderen Kontexten, um i h r Ziel, den Klienten stärker erlebnismäßig am therapeutischen Prozess zu beteiligen, besser zu erreichen.

Mit 'Erlebnisaktivierung' wird ein therapeutischer Prozess bezeichnet, der es dem Klienten ermöglicht, einen stärkeren Bezug zwischen dem, was er v e r b a l mitteilt, und dem, was er in diesem Augenblick f ü h l t, herzustellen.

Erlebnisaktivierende Interventionen sollen den Klienten veranlassen, langsamer in seinen Mitteilungen und Reflexionen zu werden; sie unterbrechen die Routine des 'Viel-und-schnell-Erzählens' und bringen den Klienten dazu, seine eigenen Mitteilungen genauer zu betrachten bzw. wichtige (belastende) Situationen lebhafter gegenwärtig werden zu lassen.

Augenblicklich erfolgt diese Übernahme erlebnisaktivierender Interventionen (etwas aus dem Kontext der Gestalttherapie), ohne die Konsequenzen einer solchen eklektizistischen Therapiepraxis angemessen zu reflektieren; praktische und theoretische Implikationen einer solchen Kombination bleiben z.Zt. noch weitgehend unbe-

rücksichtigt, insbesondere aber mangelt es an einer empirischen Überprüfung der Effektivität einer sich als 'erlebnisorientiert' ausweisenden psychotherapeutischen Praxis, so daß aus diesem Grunde auch noch keine genaueren Aussagen über die Reichweite und differentielle Wirksamkeit erlebnisaktivierender Methoden für den therapeutischen (Veränderungs-)Prozess gemacht werden konnten.

In der Praxis bedeutet die Hinzuziehung erlebnisaktivierender Interventionen oft, einen klientenzentrierten Standpunkt aufgeben zu müssen; unter einem lerntheoretischen Blickwinkel vollzieht sich hier - stillschweigend - ein Paradigma-Wechsel: Vom 'Gegenkonditionierungs'- zum 'Habituations'-Prinzip.

Das eigentliche Dilemma manifestiert sich im wesentlichen darin, daß es (a) keine einfache therapeutische 'Rationale' für das Handeln des Therapeuten (mehr) gibt, und (b) z.Zt. auch noch keine geeigneten theoretischen Rahmenmodelle (etwa i.S. einer 'Dachtheorie') zur Verfügung stehen, um die Verknüpfung solch heterogener Anteile aus unterschiedlichen Richtungen eingehender zu begründen.

Die unmittelbare persönliche Motivation des Verfassers für den Beginn einer empirischen Arbeit, in der es im wesentlichen darum ging, zu überprüfen, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß eine Kombinierung von gesprächstherapeutischen und erlebnisaktivierenden Elementen sich als für die Veränderung neurotischer Klienten wirksam erweise, hat mehrere 'Quellen':

- Die eigene gestalttherapeutische Ausbildung, in der der Verfasser lernte, wie wichtig der unmittelbare Ausdruck von Gefühlen für die eigene Veränderung ist, verbunden mit der immer stärker werdenden Überzeugung aufgrund der eigenen therapeutischen Tätigkeit, daß

mit Hilfe eines erlebnisaktivierenden Vorgehens dies viel direkter und auch rascher möglich ist als im Rahmen einer rein gefühlsverbalisierenden klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie.

- die Veröffentlichungen zum Thema 'Erlebnisorientierte Therapiepraxis' der letzten Jahre, die dem persönlichen Bedürfnis des Verfassers nach einem Mehr an 'Experimentieren' entgegenkamen, insofern als sich diese Autoren für eine Kombination von klientenzentrierten und erlebnisaktivierenden Elementen aussprachen - ohne dies allerdings hinreichend theoretisch und vor allen Dingen empirisch zu begründen;
- die Tatsache, daß bis zum Beginn der vorliegenden Arbeit - einmal abgesehen von den empirischen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem GENDLINschen 'Focusing'-Konzept - keine Untersuchung vorlag, in welcher eingehend der Frage nachgegangen wurde, ob denn ein kombinierter Ansatz aus klientenzentriertem Vorgehen und erlebnisaktivierenden Elementen tatsächlich zu konstruktiven (!) Veränderungen bei Klienten führt als eine reine gefühlsverbalisierende klientenzentrierte Therapie bzw. ob überhaupt von einer stärkeren Intensivierung und Vertiefung des Klienten-Erlebens ausgegangen werden könne, als dies durch die Realisierung eines klientenzentrierten Vorgehens erreicht werden kann.

Gegenstand dieser Arbeit ist es, zu klären, welche Bedeutung sog. erlebnisaktivierenden Interventionen ('EaI') des Therapeuten beizumessen ist, d.h. solchen therapeutischen Verhaltensweisen, wie sie im Rahmen einer erlebensorientierten Entwicklung innerhalb der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (vgl. etwa GENDLIN und RICE in den USA, sowie HEINERTH, PAVEL und PFEIFFER in der BRD) u n d innerhalb der in den USA sich entwickelnden 'Gestalt therapy' verwendet werden.

Dabei stellt die Bezeichnung 'erlebnisaktivierend' keineswegs einen einheitlich und operational definierten Sachverhalt dar; ebensowenig ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt empirisch nachgewiesen, daß solche Interventionen tatsächlich auch 'erlebnisaktivierend' wirken.

Dagegen handelt es sich um die Kennzeichnung eines therapeutischen Vorgehens, das von einem konventionellen, rein gefühlshverbalisierenden Verhalten des Therapeuten hinsichtlich einiger zentraler Merkmale abgegrenzt werden kann. Sie sind darin zu sehen, daß 'Erlebnisaktivierende Interventionen' - insbesondere aus dem Kontext der Gestalttherapie häufig

- konfrontativer
 - direkter
 - gegenwartsbezogener
 - direkter an den Klientengefühlen orientiert, sowie
 - körperbezogener
- sind.

Die Ziele der vorliegenden empirischen Arbeit bestehen darin,

- (1) festzustellen, ob die per definitionem als 'erlebnisaktivierend' gekennzeichneten Interventionen und Übungen tatsächlich auch den Erlebensprozeß ('Experiencing') eines Klienten vertiefen und ihn stärker am therapeutischen Geschehen beteiligen;
- (2) zu überprüfen, inwieweit die Tiefe des Klientenerlebens in einer erlebnisorientiert behandelten Stichprobe ('Experimental-Gruppe') sich von der jener Klienten unterscheidet, die einer rein gefühlshverbalisierenden klientenzentrierten gesprächstherapeutischen Behandlung zugeführt wurden ('Kontrollgruppe');
- (3) die Frage zu beantworten, inwieweit von einer Intensivierung des Klientenerlebens auf ein günstigeres Therapie-Gesamtergebnis ('Therapieerfolg') geschlossen werden kann.

Darüber hinaus wollen wir im Rahmen einer explorativen empirischen Untersuchung unterschiedliche, d.h. behandlungsspezifische Klienteneinschätzungen und -erlebensweisen zu erfassen versuchen, um daraus weitere Aussa-

gen ableiten zu können, die zu einer differenzierteren Beurteilung der jeweiligen behandlungsgruppenspezifischen therapeutischen 'Ereignisse' beitragen können.

2. ZUM AUFBAU DER ARBEIT

Neben der Einführung in den Gegenstandsbereich der vorliegenden Arbeit (Abschnitt II. 1.) werden im Rahmen des Theorieteiles die erlebnisorientierten Therapieansätze, d.h. die Entwicklung der 'Experiencing'-Theorie und der darauf aufbauenden 'Experiential Therapy' von E.T.

GENDLIN (Abschnitt II. 2.), die - historisch - nachfolgende Erweiterung des erlebnisorientierten Therapieansatzes (in Abschnitt II. 3.) sowie die 'Gestalt Therapy' von F.S. PERLS (Abschnitt II. 4.) vorgestellt und eingehend diskutiert.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den bisherigen Versuchen zur Kombinierung von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Methoden aus dem Kontext der Gestalttherapie ist Gegenstand des Abschnittes II. 5. - ihr folgt die Darstellung und Diskussion spezifischer praktischer und theoretischer Probleme, die aus einer methodischen Verknüpfung klientenzentrierter und erlebnisaktivierenden Vorgehens entstehen, einschließlich einer theoretischen Analyse und Neuformulierung einer damit verbundenen therapeutischen Praxis (Abschnitt II. 6.).

Im Rahmen des folgenden Abschnittes II. 7. wird ein neues explikatives theoretisches Rahmenmodell für eine kombinierte Praxis aus Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und erlebnisaktivierenden Anteilen und den damit verbundenen veränderungsrelevanten Klientenprozessen vorgestellt.

Dem theoretischen Kapitel in unserer Arbeit folgt die Erarbeitung spezieller Fragestellungen für die empirische Untersuchung (Kap. III).

Das methodische Vorgehen im Rahmen unserer Untersuchung beschreiben wir in Kap. IV.

Eine ausführliche Darstellung der ermittelten empirischen Befunde - differenziert nach den verschiedenen Ebenen der erfolgten Messung - sowie ein Vergleich der Ergebnisse aus der Behandlung der beiden Untersuchungsgruppen schließt sich an (Kap. V).

Im Rahmen des VI. Kapitels werden die vorliegenden Untersuchungsbefunde noch einmal zusammengefaßt, die im Theorieteil formulierten Fragestellungen beantwortet und die Gültigkeit der Ergebnisse diskutiert.

Daraus werden eine Reihe von Überlegungen und Anregungen für eine Erweiterung der therapeutischen Praxis abgeleitet und Fragen für eine zukünftige Forschung in diesem Bereich der Psychotherapie formuliert.

II. THEORETISCHER TEIL

1. EINLEITUNG

Seit ca. 20 Jahren gibt es Entwicklungen innerhalb der Psychotherapie, deren Vertreter in besonderem Maße das 'Hier-und-Jetzt' der therapeutischen Situation betonen und speziell dem aktuellen Erleben eines Klienten ihre besondere Aufmerksamkeit widmen; insbesondere handelt es sich dabei um die 'Experiential therapy' von GENDLIN, sowie um die 'Gestalt therapy' von PERLS.

Ungeachtet der z.T. beträchtlichen theoretischen und praktisch-therapeutischen Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Ansätzen läßt sich zumindest e i n e gemeinsame Rationale herauskristallisieren:

Bedeutsame positive Veränderungen eines Klienten sind nur d a n n zu erwarten, wenn dieser auch wirklich 'erlebnismäßig' (affektiv/emotional) an seinen inneren Vorgängen teilnimmt.

Präzisiert man diesen Begriff des 'Erlebens' dann werden einige Teilaspekte deutlich: die genauere Eigenwahrnehmung eines Menschen; seine intensive und aktuelle Auseinandersetzung mit sich selbst verbunden mit einem Gefühl tiefer innerer Anteilnahme sowie des eigenen Betroffenseins.

Sich selbst zu 'erleben' setzt voraus, sich in der aktuellen Situation der G e g e n w a r t zu bewegen; diesem Merkmal wird insbesondere innerhalb der Gestalttherapie (GEST) und in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie¹ in ihrer erlebnisorientierten Ausprägung

¹ Nachfolgend wollen wir für den Begriff 'Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie' die Abkürzung 'GPTH' innerhalb des Textes verwenden.

(GENDLIN) durch die Betonung des 'Hier-und-Jetzt'-Prinzips Rechnung getragen.

Die o.g. Vertreter erlebnisorientierter¹ therapeutischer Ansätze kritisieren an den traditionellen psychotherapeutischen Methoden - wie etwa der Psychoanalyse FREUDscher oder ADLERScher Prägung, sowie der Klientenzentrierten Psychotherapie in ihrer orthodoxen (ROGERschen) Ausprägung - daß sie in ihrer Betonung der verbal-inhaltlichen Ebene der Kommunikation die Gefahr in sich bergen, die Tendenz eines bloßen 'Redens ü b e r Gefühle' zu unterstützen.

Eine solche - eher gedächtnisspezifische Reproduktion denn als intensive kognitive u n d emotionale Auseinandersetzung mit sich selbst zu definierende - therapeutische Arbeit kann unter ihrem Blickwinkel nur von begrenztem therapeutischen Wert sein, was die Herbeiführung konstruktiver Veränderungsprozesse anbelangt.

Insbesondere beziehen sich diese Ansätze auf die Beobachtung, daß Klienten, die wenig bzw. nicht mit ihrem eigenen aktuellen körperlichen Empfinden, ihren Gefühlen und den korrespondierenden Verhaltensweisen in Kontakt sind, dazu neigen, bei der Schilderung ihrer Probleme auf einem allgemeinen und intellektualisierenden Niveau zu verbleiben, wenngleich der Inhalt ihrer Mitteilungen sich auf 'Gefühle' und 'persönliches Betroffensein' zu beziehen scheint.

Damit konstruktive Veränderungen möglich werden, ist notwendig, daß emotionale Probleme möglichst in vollem Umfang und unmittelbar im aktuellen Erleben eines Menschen gegenwärtig sind.

¹ Sie werden in der Literatur auch als 'emotive' oder 'evokative' Therapieformen gekennzeichnet (vgl. z.B. NICHOLS und ZAX, 1977; RICE, 1974).

Dabei trägt die Unmittelbarkeit und Intensität des Gefühles sowie die Direktheit der Artikulation, d.h. des Ausdruckes, dazu bei, die Komplexität des Problems (z.B. eines Konfliktes mit dem ihm innewohnenden Ambivalenzen) deutlicher zu erkennen, beteiligte 'Faktoren' klarer voneinander zu trennen, um dann eine persönliche Entscheidung zu treffen.

Daß das 'Erleben' eines Klienten wichtig für den therapeutischen Prozess ist und konstruktive Auswirkungen auf den Veränderungsprozess des Klienten hat, ist in der Vergangenheit eher eine Angelegenheit eines subjektiven 'Für-richtig-Haltens' vieler Therapeuten gewesen. Erst in den letzten 10 Jahren wurde im Zusammenhang eingehender psychotherapeutischer Erforschung dieses Gegenstandes die hier beschriebene Bedeutung eines "gefühlsmäßigen vorbegrifflichen Erlebens" als Voraussetzung für jegliche Form psychotherapeutisch bewirkter Veränderung auch empirisch nachgewiesen.

2. DIE ENTWICKLUNG EINES ERLEBNISORIENTIERTEN ANSATZES IM KONTEXT DER KLIENENZENTRIERTEN GESPRÄCHSPSYCHO- THERAPIE

Wenngleich im 'klassischen Kontext' der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (GPTh) von C.R. ROGERS das 'unmittelbare Erleben' eines Klienten sowie dessen gezielte Aktivierung ('Evokation') zunächst wenig an Bedeutung beigemessen wurde, so gewann doch dieser Aspekt des therapeutischen Geschehens im Laufe der Entwicklung des Klientenzentrierten Konzeptes zunehmend an praktischer und theoretischer Bedeutung.

Dies läßt sich insbesondere an der Entstehungsgeschichte und der weiteren Entwicklung des 'Experiencing'-Ansatzes von E.T. GENDLIN in den USA - vor dem Hintergrund der Klientenzentrierten Psychotherapie - aufzeigen.

Der 'Experiencing'-Ansatz wurde in den USA von GENDLIN und Mitarbeitern (vgl. GENDLIN, 1961, 1962, 1964, 1968, 1970; GENDLIN und TOMLINSON, 1962) im Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie von C.R. ROGERS (ROGERS, 1942, 1951) entwickelt, blieb jedoch in seiner Anwendung nicht auf diesem psychotherapeutischen Ansatz beschränkt (vgl. GENDLIN, 1974).

Neuartig an der darauf aufbauenden phänomenologischen Theorie der Persönlichkeitsveränderung ist, daß in der Erklärung nicht mehr von 'psychischen Inhalten' oder 'topologischen Modellen' (z.B. 'Bedürfnissen', 'Selbstkonzept', 'Unbewußtes', 'Angst' usf.) ausgegangen wird, sondern an ihre Stelle die Auffassung von 'verfestigten Erlebnisstrukturen' (GENDLIN, 1974) tritt:

Neurosen und Psychosen werden - wenngleich GENDLIN diesen klinischen Kategorien keinerlei Bedeutung mehr zu-

mißt - als Restriktionen im Erleben eines Menschen aufgefaßt: 'restringiert' oder 'strukturegebunden' bedeutet, daß der Klient ähnliche Situationen immer wieder gleich und unverändert erlebt.

Als Resultat dieser Betrachtungsweise begreift GENDLIN Wirkungsweise (und zugleich Ziel) eines psychotherapeutischen Prozesses darin, solche strukturegebundenen (rigiden) Erfahrungs'konstrukte' und Erlebensweisen wieder 'in Gang zu setzen', d.h. dem Klienten eine umfassendere Flexibilität in Erleben und Verhalten zu ermöglichen.

Damit definiert sich das Ziel der Therapie n i c h t im Erreichen bzw. der Veränderung eines bestimmten Zustandes (wie etwa im Rahmen der Verhaltensmodifikation), sondern der Klient findet sich nach einer erfolgreich verlaufenen Therapie in einem engen, d.h. bewußten und intensiven Kontakt mit seinem Erleben, auf das er sich jederzeit (als feste Erfahrungsbasis) beziehen kann und aus dem heraus er sein Handeln begründet.

Eine erlebnisorientierte Psychotherapie ermöglicht das Erleben eines solchen Prozesses für den Klienten. Jede Persönlichkeitsveränderung in dieser Situation ist dabei durch zwei Konditionen gekennzeichnet:

- (1) eine intensive Beschäftigung und Auseinandersetzung mit Gefühlsinhalten und -prozessen, sowie
- (2) eine sich weiterentwickelnde persönliche Beziehung zwischen Klient und Therapeut.

2.1. Die 'Experiencing'-Theorie von GENDLIN

Im Zusammenhang mit der Validitätsprüfung der 7-stufigen ROGERSchen Prozess-Skala (vgl. ROGERS, 1958, 1959 b), auf der dieser den therapeutischen Prozess als eine kontinuierliche Entwicklung des Klientenerlebens von Rigidität zu mehr Flexibilität, von ängstlicher Abwehr zu größerer Öffnung gegenüber neuen Erfahrungen usw. beschreibt, gelangen TOMLINSON und HART (1962) zu der Auffassung, daß einige Unterskalen nicht hinreichend differenzierbar seien und die anderen Unterskalen so hoch miteinander korrelierten, daß es sinnvoll erschien, den zentralen Aspekt herauszukristallisieren. Ausgehend von diesem Befund begannen GENDLIN und TOMLINSON (1960, 1962) den Begriff des 'experiencing' als Kennzeichnung der entscheidenden Variablen auf seiten des Klienten zu verwenden, von deren Förderung (ihrer Meinung nach) der Erfolg von Psychotherapie abhing.

GENDLIN und seine Mitarbeiter (1960, 1962, 1968) sowie KIESLER (1966) fanden anhand der Analyse von Tonbandaufzeichnungen psychotherapeutischer Gespräche heraus, daß weder die jeweilige therapeutische Technik noch der Inhalt dessen, was der Klient verbal mitteilt, entscheidend für den Erfolg oder Mißerfolg der Behandlung sind, sondern die Art und Weise, wie der Klient über sich Auskunft gibt. Dabei wurde dieses 'Wie' des Sprechens als äußerlich wahrnehmbarer Indikator dafür angesehen, in welcher Weise der Klient innerlich mit sich umgeht. - Dieses spezifische 'innerlich-mit-sich-umgehen' wurde zunächst 'experiencing' (GENDLIN, 1961, 1962), später 'focusing' (1969) genannt.

2.1.1. Das 'Experiencing' Konstrukt

Das 'Experiencing'-Konstrukt steht bei GENDLIN im Mittelpunkt einer Theorie der Persönlichkeitsveränderung sowie des psychotherapeutischen Handelns. Seiner Auffassung entsprechend sind solche Persönlichkeitstheorien, die mit Annahmen wie dem 'Verdrängungs-Paradigma'¹ arbeiten, zu statisch, um die Veränderung eines Menschen angemessen erklären zu können.

'Experiencing' dagegen (als zentraler Begriff seiner Theorie) kennzeichnet einen ablaufenden Prozess, der sich deutlich von einem statischen Erfahrungskonzept (i.S. der Summe der Erfahrungen und Erlebnisse eines Individuums) unterscheidet.

In Anlehnung an GENDLIN (1970 a und b) definieren DAHLHOFF und BOMMERT (1978) 'experiencing' so: "Experiencing soll das konkrete, im Augenblick vor sich gehende Erleben eines Individuums bezeichnen, bei dem die Aufmerksamkeit auf einen zugrundeliegenden, gefühlten Erlebnisgegenstand gerichtet ist. Dieser Gegenstand muß nicht unbedingt vollständig verbal faßbar sein, es ist für das Individuum mehr eine körperlich fühlbare Beziehung: eine gefühlte, unmittelbar gegenwärtige, persönliche Bedeutung von Dingen und Erlebnissen" (a.a.O., S. 65).

'Experiencing' wurde operational durch die 'Experiencing-Skala' (GENDLIN und TOMLINSON, 1962; dt. Fassungen von PFEIFFER, 1974 sowie von DAHLHOFF und BOMMERT, 1975) über 7 Intensitätsstufen der verbalen Bezugnahme eines Klienten auf sein augenblickliches Erleben definiert: Stufe I bezieht sich auf Äußerungen des Klienten in einer unbeteiligten und unpersönlichen Art, in Stufe VII kann sich dagegen der Klient bewußt und ohne Schwierigkeiten darauf beziehen, was sein augenblickliches Erleben für ihn bedeutet.

¹ Vgl. hierzu GENDLIN (1964, 1978).

DAHLHOFF und BOMMERT (1978, S. 75) fassen die Stufen wie folgt zusammen:

"Stufen 1 - 3: die persönliche Rolle des Sprechenden im Experiencing-Sinn ist nicht bemerkbar bzw. der Standpunkt des Sprechenden liegt außerhalb des eigenen unmittelbaren Erlebens (als ob eine andere Person berichtete).

Stufen 4 - 7: die Betrachtung der ausgeführten Inhalte wird von einem inneren, d.h. im unmittelbaren Fühlen und Erleben liegenden Standpunkt aus vorgenommen. Ein zunehmendes Ausmaß der Intensität und Veränderung der gefühlten Bedeutungen wird beschrieben."

Experiencing kann so als ein K o n t i n u u m verstanden werden, das von der Schilderung einfacher, begrenzter oder äußerer Tatbestände bis zu einem Zustand der Wechselwirkung zwischen dem unmittelbaren Ausdruck gegenwärtiger Erlebensmomente und dem Erleben neuer Zusammenhänge reicht.

Die Entwicklung der Experiencing-Skala (1. amerikanische Fassung, 1962) verlief parallel zur Ausarbeitung des 'Focusing'-Konzeptes (vgl. GENDLIN, 1969), das die E n t w i c k l u n g eines den Klienten zum 'experiencing' f ü h r e n d e n und vom Therapeuten induzierten Vorganges bezeichnet.

2.1.2. Der Prozess der 'Veränderung' (das 'Zentrieren')

'Focusing', die 'direkte Bezugnahme auf inneres Erleben' kennzeichnet d a s Verhalten eines Klienten, durch das dieser sich implizite vorhandene gefühlte, vorbegriffliche Bedeutungen eines Gegenstandes, Ereignisses usf. zuwendet, sich erarbeitet und damit zunehmend wieder verfügbar macht: dadurch läuft der Prozess des 'experiencing' ab.

Mit 'gefühlter Bedeutung' (felt meaning) beschreibt GENDLIN, worauf sich dieses Erleben richtet; in diesem Zusammenhang ist eine klare Unterscheidung des 'Erleben von Gefühlen' von 'Emotionen' wesentlich:

'Emotion' unterscheidet sich vom 'experiencing'-Begriff deutlich, denn damit werden spezifische Inhalte des Erlebens (Stimmungen und Färbungen von Erlebnissen, wie z.B. 'glücklich, wütend, traurig usw.) bezeichnet. - GENDLIN geht es demgegenüber um die Art und Weise, in der diese Gefühle erlebt werden:

"A first step to notice is that the person's experiential felt sense of a difficulty is not the same as what we called 'emotion'. Emotions are 'felt', but an emotion is all one, it is anger or joy or shame; there is nothing else inside it but what it is. A moment's experiencing on the other hand, though also felt, is a rich maze of implicit aspects, all of them together in one conceptually unclear 'this'" (GENDLIN, 1974, p. 227).

'Focusing' vollzieht sich (GENDLIN, 1970 a) in vier Phasen, (deren Reihenfolge allerdings nicht zwingend für die Vorgänge im Klienten ist), in dessen Mittelpunkt die Entwicklung des 'direct reference' steht: gemeint ist damit die direkte und unmittelbare Bezugnahme auf das konkrete, im Augenblick im Inneren eines Menschen vonstatten gehende Erleben¹. Dabei ist die 'gefühlte Bedeutung' implizite für den Betreffenden, d.h. sie ist nicht unbewußt oder außerhalb des Bewußtseins, sondern klar körperlich fühlbar gegenwärtig. - Zugleich ist jedoch diese körperlich gefühlte implizite Bedeutung unvollständig: sie bedarf der verbalen Symbolisierung.

"Only when interaction with verbal symbols (or events) actually occurs, is the process actually carried forward and the explicit meaning formed" (GENDLIN, 1970 a, p. 141).

Während des Gesprächsverlaufes können Phasen eingeschaltet werden, in denen der Therapeut den Klienten bittet, sich in sein augenblickliches Erleben (stärker) zu vertiefen. Gelingt diese zentrierende Vertiefung, dann sind die Erlebnisinhalte durch einen ständigen Wechsel gekennzeichnet.

¹ Der 'direkte Bezug' ist eine erste ganzheitliche Reaktion des Organismus auf einen spezifischen, noch nicht explizierten ('impliziten') Gegenstand. GENDLIN betont, daß der 'direkte Bezug' nicht als kognitive Leistung betrachtet werden könne, da der Gegenstand, um den es geht, völlig unbestimmt und 'unbegreiflich' sei.

Zu Beginn, d.h. bei einer ersten Bezugnahme auf den Gegenstand sind die Äußerungen des Klienten meist so beschaffen, daß ihr logischer Zusammenhang und der sprachliche Ausdruck unzureichend erscheinen und allem Anschein nach 'viel mehr für den Klienten da ist', als er im Moment ausdrücken kann, aber er fühlt und erlebt es klar und definitiv ('hautnah').

Diese Phase bringt bereits ein Nachlassen der Angst und inneren Anspannung mit sich. Sie stellen ein deutliches Zeichen dafür dar, daß der direkte Bezug bzw. die jeweils nächste Stufe des 4-phasigen 'focusing'-Prozesses erreicht ist. Gleichzeitig steigt die Zuversicht, nun doch an das schon lange diffus Erahnte heranzukommen. - Das Gefühl, "ganz nahe an sich selbst zu sein" steigert das Engagement des Klienten im Focusing-Prozess weiter, bis er über die Stufen des 'unfolding', der 'global application' und des 'referent movement' zu dem gelangt, was ihn so lange Zeit beschäftigt hatte, ohne daß er sich darüber klar werden konnte.

Seinen eigentlichen Inhalt erhält der implizite Bedeutungsgehalt erst während des Prozesses der Aufmerksamkeitszuwendung und Symbolisierung. - Im strengen Sinne ist jedoch die Form des 'Explizit-machens' *r e l a - t i v*, da jeder Bewußtseinsgegenstand eine Vielzahl impliziter Bedeutungen beinhaltet (seinerseits), die sozusagen 'im Hintergrund' bleiben und wieder zum 'Thema' eines neuen 'focusing' und damit 'experiencing'-Prozesses gemacht werden können.

Dieser 'eigendynamische' Prozess des Fühlens, der nun - wie von selbst angetrieben - den Klienten immer weiter voranträgt, ist der "essentielle Motor der Persönlichkeitsveränderung" (GENDLIN, 1964, 1978). - D.h. vom immer gleichen, kreisförmig sich wiederholenden strukturgebundenen Erleben und Wahrnehmen ist der Klient nunmehr zu einer größeren Flexibilität des Erlebens und der Aufnahmebereitschaft gelangt. Der erreichte Grad an erweiterter Bewußtheit eröffnet ihm neue Möglichkeiten der Organisation und Integration bislang unverständlicher und/oder isolierter Erfahrungen und erschließt ihm auf

dieser Grundlage das Ausprobieren neuer und alternativer Verhaltensweisen.

'Focusing' ist also für GENDLIN d e r wesentliche Bestandteil (eine Art 'Basisprozess') erfolgreicher Psychotherapie: einen solchen Prozess zu ermöglichen und zu seiner Weiterentwicklung beizutragen, ist seiner Meinung nach eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten.

O b der Klient die Stadien der direkten Bezugnahme auf seine gefühlten Bedeutungen und ihre Entfaltung verwirklichen kann, hängt zu einem großen Teil vom Verhalten des Therapeuten ab.

Das Vermögen, sein F ü h l e n (was nicht mit 'Gefühlen' identisch ist!) in den Brennpunkt der eigenen Aufmerksamkeit zu stellen, ist die Voraussetzung auf seiten des Klienten für das Zustandekommen von konstruktiven Veränderungen im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses.

Erzählungen des Klienten über Vergangenes, eigene 'theorieähnliche' Konstruktionen des Selbst oder hinsichtlich seiner 'Krankheit' ("Deswegen bin ich hier ..."), Diskussionen über Zukünftiges, reine 'Berichte' über Gefühle (d.h. ohne Bezug auf die in ihnen enthaltenen Bedeutungselemente) tragen den - therapeutisch einzig wirksamen - Prozess des Fühlens nicht voraus: sie sind 'externalisierend', d.h. ihr Schwerpunkt liegt eher auf dem 'über' statt 'in' dem Erleben eines Menschen.

Die ebenso umfangreiche wie redundante 'Experiencing'-Theorie GENDLINS wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich in Form einer knappen und systematisierenden Übersicht dargestellt. Ausführlichere Darstellungen finden sich bei GENDLIN (1962, 1964, 1968, 1970 a und b, 1974, sowie in dt. Sprache 1978). Einen Überblick über zentrale theoretische Positionen und deren kritische Evaluation, sowie über die Ergebnisse empirischer Forschung im Zusammenhang mit der Überprüfung des 'Experiencing'-Konstruktes geben BENISE (1977, 1979), DAHLHOFF und BOMMERT (1978), PAVEL (1978), sowie in jüngster Zeit BELLENDORF, GROSS und NEUDENBERGER (1981).

2.2. Die Praxis der 'Experiential Therapy' von GENDLIN

Ganz im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes von ROGERS geht GENDLIN in seiner 'Experiencing'-Konstrukt-Theorie davon aus, daß einzig der Klient die Inhalte des Gesprächs bestimmt und in der Lage ist, eine Lösung seiner Probleme zu finden. Dieser Gedanke tritt bei GENDLIN sogar noch deutlicher hervor als bei ROGERS, da GENDLIN ihn als wesentliches theoretisches Element (vgl. 'direct reference') in seine 'focusing'-Konzeption integriert hat (BENSE, 1979).

Jedoch ist die GENDLINsche Auffassung von sowie seine praktische Ausübung der 'experiential therapy', einer erlebensorientierten Psychotherapie, durchaus nicht als (im ROGERSchen Sinne) 'nondirektiv' zu bezeichnen.

Ausgehend von seiner Konzeption, psychische Inhalte als 'verfestigte Erlebensstrukturen' zu begreifen, besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, den Prozess des Erlebens zu 'verflüssigen' (s.w.u.) und auf diese Weise einen 'Bedeutungswandel psychischer Strukturen' herbeizuführen.

Für die Entwicklung des therapeutischen Prozesses ist daher weniger entscheidend, über Angst und wo und wann diese auftritt zu sprechen, sondern sich mit dem Klienten die Frage zu stellen: 'Welche tiefere Bedeutung hat Angst für den Klienten? Welche Art von Erleben steht dahinter?' Vor diesem Hintergrund wird das psychotherapeutische Geschehen als ein Prozess gesehen, in welchem eine allmähliche Veränderung und Umwandlung von Bedeutungen stattfindet.

Die Aufgabe des Therapeuten definiert sich nunmehr so: 'Dem Klienten eine bewußtere und intensivere Form des direkten persönlichen Erlebens zu ermöglichen (!), genau auf Veränderungen von Bedeutungen zu reagieren und dies dem Klienten mitzuteilen' (vgl. PAVEL, 1978, S. 77).

In Übereinstimmung mit der Bedeutung, die GENDLIN dem 'augenblicklichen Erleben' zuweist, das für ihn sowohl Mittel wie auch Ziel der Psychotherapie verkörpert, be-
fürwortet GENDLIN den Einsatz, d.h. die Verwendung all
solcher therapeutischer Methoden und Techniken, die ge-
eignet sind, den aktuellen Prozess des Fühlens und Er-
lebens zu vertiefen, - auch wenn diese direkte Auffor-
derungen des Therapeuten implizieren (vgl. BENSE, 1979);
die klientenzentrierte Grundhaltung des Therapeuten bil-
det jedoch nach wie vor die G r u n d l a g e und
Richtschnur für seine therapeutische Handlungsweise.

Über das klientenzentrierte 'Basisverhalten', die Realii-
sierung der von ROGERS (1957) für die konstruktive Ver-
änderung von Klienten als notwendig erachtete Therapie-
tenmerkmale

- Positive Wertschätzung und emotionale Wärme
- einführendes Verstehen, sowie
- Echtheit und Selbstkongruenz

hinaus werden s o - prinzipiell - Elemente, d.h. Tech-
niken und Interventionen anderer therapeutischer Rich-
tungen in den klientenzentrierten Kontext einbezieh-
bar (!)^{1,2}

Die Frage, was ein Therapeut im Kontakt mit seinem Klien-
ten 'tun darf oder nicht' beantwortet GENDLIN inhaltlich:
solange die psychotherapeutischen Interventionen auf den
direkten Bezug und die Förderung und Vertiefung des
'experiencing'-Prozesses ausgerichtet sowie mit einem
klientenzentrierten Basisverhalten kompatibel sind

¹ Die Betonung liegt hier auf dem 'in den klientenzen-
trierten Kontext ...' (siehe dazu den Abschnitt II. 5.1.
'Darstellung bisheriger Integrationsversuche' dieser Ar-
beit).

² Wenngleich GENDLIN selbst sich in seiner praktischen
Arbeit auf die 'focusing'-Methode (als Methode zur Her-
beiführung einer verstärkten 'Zentrierung auf Gefühle')
zu beschränken scheint.

(s.o.), sind sie geeignet, auf die erwünschte Veränderung des Klienten hinzuwirken. - D.h. zu viele Erklärungen, eigene Berichte von Erfahrungen sowie Fragen des Therapeuten können diesen Prozess des Erlebens des Klienten unterbrechen; andererseits können sie dann hilfreich sein, wenn sie auf den vom Klienten gefühlten Bezug abheben und dadurch andeuten, daß der Therapeut ihn unterstützen möchte, im Kontakt mit seinem Erlebensprozess zu bleiben (GENDLIN, 1970 a).

"Um den Gefühlsprozeß sich in Gang setzen zu lassen, ist es häufig sehr wichtig, zu schweigen oder mindestens kurze stille Phasen zuzulassen. Wenn dauernd einer der beiden Gesprächspartner spricht, bleibt kaum Zeit für den direkten Bezug der verschiedenen anklingenden und 'nachklingenden' impliziten Aspekte. GENDLIN legt deshalb Wert darauf, daß zwischen den Äußerungen kurze Pausen stehen, in denen der Klient Zeit hat, den Bedeutungsgehalt des Gesagten fühlen zu können. Positiv haben sich die Pausen dann ausgewirkt, wenn der Inhalt der nächsten Verbalisation nicht einfach und logisch der vorherigen folgt, sondern zeigt, daß der Klient sich in etwas hinein vertieft hat. So bekommt der Psychotherapeut ein Feedback, daß der Klient am gefühlten Bezug eng geblieben ist und die Therapeutenäußerung vorantreibend gewirkt hat" (BENSE, 1977, S. 32).

2.2.1. Die 'Focusing'-Übung

Im Zusammenhang mit der Darstellung des 'continuous focusing' als wesentlichem Bestandteil erfolgreicher Psychotherapie stellten wir fest, daß eine der zentralen Aufgaben des Therapeuten darin besteht, diesen Prozess zu ermöglichen und zu seiner Aufrechterhaltung beizutragen. Ob der Klient die Stufen der 'direkten Bezugnahme' auf seine gefühlten Bedeutungen und deren Entfaltung verwirklichen kann, hängt - wie wir bereits sagten - im Kontext der 'experiential therapy' zu einem nicht unerheblichen Teil vom Verhalten des Therapeuten ab.

In einer Abhandlung über 'focusing' beschreibt GENDLIN (1969) ein therapeutisches Verfahren, durch das der Prozess des Klienten, sein Fühlen in den Brennpunkt zu stellen, gefördert und unterstützt werden kann.¹

Die 'Focusing'-Übung ist dann angezeigt, wenn der Klient über Berichte und Erzählungen nicht hinaus zu einer tieferen Bedeutung seines Erlebens vordringen kann (d.h. längere Zeit niedrige Selbstexploration), oder wenn er selbst etwas anspricht, was er jedoch selbst nicht weiter verfolgen kann.

So können während des Gesprächs zwischen Therapeut und Klient Phasen eingeschaltet werden, in denen der Klient aufgefordert sowie durch spezifische Instruktionen angeleitet wird, sich in sein augenblickliches Erleben zu vertiefen.

In seinem 'Focusing-Manual' führt GENDLIN eine Reihe von detaillierten Instruktionen an, die darauf abzielen, daß der Klient sich selbst vorbehaltlos und aufmerksam seinen eigenen augenblicklichen Empfindungen aussetzt und diese in ihrem vollen Umfang wahrzunehmen versucht: der Klient erlebt dabei, wie sich seine Vorstellungen verändern und wandeln, bildhafte Formen annehmen, neue Aspekte hinzukommen usf. (ESSER, 1978).

Spricht ein Klient in einem therapeutischen Kontakt über seine Gefühle, unterbricht ihn der Therapeut und veranlaßt ihn, sich selbst Fragen zu stellen, wie z.B. "Was läuft im Augenblick bei mir falsch?", wobei der Klient sich einer unmittelbaren Beantwortung dieser Fragen enthalten soll; die körperlich gefühlte Version dessen, was seine augenblicklichen inneren Prozesse (Konflikte, Unklarheiten, Ambivalenzen u.ä.) darstellen, macht sich selbst deutlich und fühlbar genug bemerkbar (vgl. GENDLIN, 1969).

¹ GENDLIN (1973) standardisierte diese Intervention in Form einer Übung, für die auch ein 'Manual' (1973) vorliegt (dt. Übertragungen des 'Focusing'-Manuals liegen von ESSER, 1978, S. 142-145 sowie von BENSE, VOGEL und KRACKE, 1979, S. 107-108, vor).

Eine wesentliche Voraussetzung für die Arbeit mit dem Klienten besteht darin, daß dieser weiß, daß es möglich ist, ein Problem in seiner Gesamtheit zu empfinden, und das, was für ihn selbst von Bedeutung ist, aus diesem ganzheitlichen Befinden heraus ins Bewußtsein steigen zu lassen.

Eine entsprechende Instruktion an den Klienten könnte z.B. lauten: "Wenn Sie das gesamte Problem im Gefühl haben, dann befassen Sie sich nicht damit, was so wichtig an diesem Problem ist. - Fühlen Sie es in seiner Gesamtheit und entscheiden Sie nichts. - Warten Sie und lassen Sie die entscheidenden Schwierigkeiten an der ganzen Sache unbeeinflußt und unmittelbar auf sich einwirken" (GENDLIN, a.a.O.).

2.3. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und 'Experiential Therapy': Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Theorie und Praxis

In diesem Abschnitt soll es um eine kurze vergleichende Betrachtung der theoretischen Auffassungen bei ROGERS und GENDLIN gehen.

Wir halten dies für notwendig, um in eingehenderer Weise die Frage beantworten zu können, was denn nun eigentlich den GENDLINschen Therapieansatz in theoretischer Hinsicht sowie in seiner praktisch-therapeutischen Essenz vom ROGERSchen Konzept seiner klassischen, gefühlsverbalisierenden klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie unterscheidet, aus deren Kontext heraus sich schließlich die 'experiential therapy' entwickelte. Nicht zuletzt halten wir dies auch im Hinblick auf die vorhandene Literatur, die sich an der Darstellung des GENDLINschen Theorie- und Praxisansatzes 'versucht', für notwendig: als ob weitgehend darüber Unklarheit herrsche, was der Therapeut denn nun realiter tut bzw. was diese Form des therapeutischen Handelns vom 'klassischen' Verhalten eines klientenzentrierten Psychotherapeuten unterscheidet.

GENDLIN (1961) selbst betont, daß sein Ansatz sich unmittelbar an die theoretische Arbeit von ROGERS anschließe. - Bei beiden Autoren spiegelt sich die Auffassung wieder, daß Psychotherapie dann als hilfreich angesehen werden könne, wenn es zu einem intensiven zwischenmenschlichen Kontakt und zu einem Prozess des Austausches interpersonaler Erfahrungen zwischen Therapeut und Klient komme.

Eine solche - gemeinsame - Sichtweise, in der der Gesichtspunkt der 'Echtheit' und 'Selbstkongruenz' des Therapeuten erstrangige Bedeutung einnimmt, stellt sich selbstverständlich auch gegen eine Therapieauffassung, in welcher das 'Reflektieren von Gefühlen' als einzig wichtig und für Veränderung entscheidend angesehen wird (vgl. hierzu auch PAVEL, 1975 a, S. 21). Abgesehen von der hier kurz skizzierten gemeinsamen existentialistisch-humanistischen Grundhaltung lassen sich einige wesentliche theoretische und praktische Unterschiede zwischen ROGERS und GENDLIN aufzeigen.

GENDLIN zieht gegenüber ROGERS ein Modell vor, das das Individuum als in den therapeutischen Prozess stärker a k t i v involviert sieht: es bemüht sich im Vorgang des 'continuous focusing' (s. S.16 ff.) um eine Findung und Symbolisierung bestimmter Bedeutungsgehalte. Der Begriff 'Symbolisierung' impliziert hier Aspekte des 'Suchens' und 'Versuchens'.

Auch im Zusammenhang mit dem Äußern von 'Gefühlen' durch den Klienten scheint es sich bei ROGERS eher um etwas zu handeln, das 'ding-ähnliche' Qualität besitzt und den nicht weiter symbolisierbaren (daher: 'sheer') Emotionen bei GENDLIN vergleichbar ist, nämlich 'Angst', 'Freude', 'Ärger' usf.

GENDLIN setzt dagegen die Akzente anders: geht es ihm doch um die 'Verflüssigung rigider Erfahrungsstrukturen':

Der Klient soll in die Lage versetzt werden, sein 'Selbst' der Interaktion des in ihm ablaufenden Gefühlsprozesses mit externen Symbolen anzuvertrauen. - Diese Interaktion spielt sich im Bereich des 'körperlich fühlbaren' eigendynamisch ab.

Dieser Auffassung entsprechend nehmen eher kognitive Variablen wie 'Wahrnehmen' sowie logisches schlußfolgerndes Denken und Erinnern bei GENDLIN weniger Platz ein als bei ROGERS, hingegen das 'augenblickliche und konkrete Fühlen' einen zentralen Stellenwert.

Leicht wird in diesem Zusammenhang vergessen, daß im Rahmen der 'experiencing'-Theorie 'Inhalte' als 'Prozessaspekte' aufgefaßt werden. D.h. Veränderungen treten während des Sprechens auf; die Reaktionen des Therapeuten interagieren mit den Symbolisierungen und tragen das 'experiencing' des Klienten voran. Dabei wird es in vieler Hinsicht wiederhergestellt, in seiner Art unmittelbarer und reicher an differenzierteren Details. - Gleichsam 'nebenbei' treten neue Aspekte, 'Lösungen' und Veränderungen auf, die eher als grobe Fassungen einiger Aspekte des veränderten Prozesses zu verstehen sind.

Überspitzt man die unterschiedlichen Positionen bei ROGERS und GENDLIN, um auf diese Weise die Verschiedenartigkeit ihrer Ansätze stärker herauszuarbeiten, dann ließe sich die Position GENDLINS gegenüber ROGERS so charakterisieren:

'Psychotherapeutisches Z i e l ('Primat') ist der P r o z e s s des Klienten, und s e k u n d ä r, ob dieser sich besser fühlt.'

Kontroverse Auffassungen spiegeln sich auch in den grundlegenden Annahmen von GENDLIN bzw. ROGERS wieder, welcher Art die Bedingungen sein müssen, damit Veränderungen eintreten:

Geht es bei ROGERS eher um die Schaffung einer völlig angstfreien, in keiner Weise für die Äußerung von unangenehmen und/oder angstbesetzten Inhalten 'bestrafenden' Therapiesituationen, in der der Klient dann schrittweise stärkere emotionale Inhalte zur Sprache bringt bzw. sich derer b e w u ß t ('aware') wird und akzeptiert, so geht GENDLIN darüber hinaus: für ihn ist die Verwirklichung einer ROGERSchen Konzeption (wie sie hier beschrieben wurde) nur eine Art 'Grundatmosphäre', in der es möglich wird, daß Klient und Therapeut an der Bedeutungsfindung bestimmter gefühlter Gehalte arbeiten und der 'experiencing'-Prozess wieder in Gang gesetzt wird.

Mit anderen Worten: die bei ROGERS als "notwendig und hinreichend" erachteten Bedingungen auf seiten des Therapeuten: 'Empathie', 'Positive Wertschätzung und emotionale Wärme' sowie 'Echtheit und Selbstkongruenz', sind bei GENDLIN zwar grundlegende, jedoch keine hinreichenden Voraussetzungen therapeutischen Handelns im Kontext seiner 'experiential therapy'.

Aus der Gegenüberstellung halten wir fest, daß in Abhebung vom orthodoxen (ROGERSchen) Vorgehen im Rahmen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei GENDLIN

- der veränderungsrelevante Schwerpunkt auf dem Prozess des 'augenblicklichen, konkreten und körperlichen Fühlen des Klienten' liegt;
- der Klient in der 'aktiven Suche' nach sowie der Symbolisierung von bestimmten Bedeutungsgehalten Veränderungen erfährt;
- der Therapeut sich stärker sowohl (1) als involvierter 'selbsterfahrender', aber auch (2) als 'aktiver', d.h. veränderungsinduzierender Gesprächspartner versteht.

2.4. Kritische Gesichtspunkte des GENDLINSchen Ansatzes

Der theoretische und therapeutisch-praktische Ansatz von GENDLIN ist in den letzten Jahren wiederholt im deutsch- und englischsprachigen Bereich der Kritik ausgesetzt gewesen (vgl. hierzu FRIEDMAN, 1971; WEXLER, 1974; BASTINE, 1976; BOMMERT, 1976; BENSE, 1977 a und 1979; PAVEL, 1978, sowie BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978).

Dabei lassen sich u.E. die größten theoretischen Schwierigkeiten aus seiner Absicht heraus erklären, existenz-philosophische Sichtweisen mit einer Theorie psychischer Prozesse und deren Veränderung in Einklang zu bringen.

Wir glauben, daß der phänomenologische Ansatz GENDLINS in seinem Versuch, alles so zu verstehen, wie es sich j e t z t darstellt, an der Funktion aus dem Sinn strukturgebundenen Denkens vorbeigehen muß (vgl. hierzu besonders FRIEDMAN, 1971; PAVEL, 1978).

Tatsächlich findet man bei GENDLIN auch keinen Versuch, an die Genese psychischer Störungen heranzukommen.

In eine hier nur kurz zu skizzierende Richtung bewegt sich demgegenüber WEXLER (1974): insgesamt befürwortet er zwar das GENDLINSche 'Experiencing'-Konzept, hält aber 'Erleben' nicht nur für einen "Wahrnehmungsgegenstand, der irgendwo liegt und betrachtet werden kann", sondern für einen Aspekt der kognitiven Verarbeitung bestimmter Informationen.

'Erleben' wird bei WEXLER definiert als 'Aufnehmen von Informationen und deren Einordnung in Sinnzusammenhänge (Pläne, Schemata); fehlen angemessene 'Schemata', wird die Verarbeitung der Informationen verhindert, gestört, sie gehen verloren oder werden verzerrt. Das 'Erleben' (d.h. der Vorgang), aber auch die 'Gefühle' und Emotionen haben demzufolge keinerlei dinghafte Qualität, die ihnen auch außerhalb des Gewahrseins Bestand verleihen und sie der Verdrängung oder Bewußtmachung unterwerfen würde. - Vielmehr ergeben sie sich temporär aus den Prozessen der Informationsverarbeitung.

Dieser Ansatz verschafft WEXLER die Möglichkeit, einige der von GENDLIN eingeführten Begriffe und 'Konstrukte' zu überarbeiten, neu zu definieren bzw. zu interpretieren, und führt zur Beschreibung verschiedener klinisch relevanter Informationsverarbeitungsstörungen sowie zur Planung eines differentiellen therapeutischen Vorgehens (vgl. hierzu auch PFEIFFER, 1975; HUNKEL, 1978).

Bezogen auf die Praxis seiner 'Experiential Therapy' kritisieren einige Autoren GENDLINS fehlende Transparenz bezüglich des von ihm betonten (veränderten) Therapeutenverhaltens sowie mangelnde Eindeutigkeit hinsichtlich der Indikationsfrage (vgl. etwa BOMMERT et al., 1978; PAVEL, 1978).

Die Hilfen (bspw. in Form der hier beschriebenen 'Focusing-Übung'), die als Strukturelemente durch den Therapeuten in die therapeutische Situation hineingetragen werden, kommen bei GENDLIN aus einem impliziten (und systemimmanenten) Verständnis der therapeutischen Situation, werden aber nicht explizite im theoretischen Bezugsrahmen reflektiert (vgl. hierzu PAVEL, 1978, S. 78; vgl. auch zum Thema 'Indikation' ESSER, 1978, S. 179, sowie die Überlegungen in den Abschnitten II. 5.2. und II. 6.4. 'Probleme der Indikation' der vorliegenden Arbeit).

Insofern GENDLINS theoretischer und praktischer Ansatz sich bemüht, den Menschen aus dem im A u g e n b l i c k in ihm ablaufenden Prozessen sowie generell aus seiner Prozesshaftigkeit (i.S. einer ständigen Veränderung seiner gesamten Person) heraus zu definieren und zu begreifen, hat er für die gegenwärtige Entwicklung innerhalb der Klinischen Psychologie (noch) Relevanz, wenngleich sich - wie BOMMERT (1976) dies formuliert - die Focusing-Theorie der Gefahr aussetzt, als 'geschlossenes System' aus der wissenschaftlichen Diskussion zu geraten.

Die Abwendung einer solchen Entwicklung hat mindestens zwei Bedingungen zur Voraussetzung:

1. eine grundlegende Überarbeitung seines theoretischen Systems, verbunden mit einer präziseren Begrifflichkeit sowie der angemessenen Operationalisierung der wesentlichen Grundbegriffe bzw. der zentralen Konstrukte;
2. die programmatische Öffnung sowohl zur Allgemeinen als auch speziell zur Klinischen Psychologie (vgl. BENKE, 1979).

3. GENDLIN UND DIE 'FOLGEN': DIE ERWEITERUNG DES ERLEBNISORIENTIERTEN KLIENENZENTRIERTEN ANSATZES

Mit GENDLIN (1961, 1964, 1969, 1973 sowie in Dt. Sprache 1978) begann im Kontext der Klientenzentrier-ten Gesprächspsychotherapie ein Entwicklungsabschnitt, der - neben dem Trend zu einer generellen Ausweitung des klientenzentrierten Verstehens- und Handlungskon-
textes¹ - zu einer besonderen Akzentuierung des 'aktuel-
len Erlebens' von Klienten führte. Diese Entwicklung und Veränderung der therapeutischen Praxis spiegelt sich sowohl im angloamerikanischen (TRUAX und CARKHUFF, 1967; TRUAX und MITCHELL, 1971; GENDLIN, 1974) als auch im deutschsprachigen Raum (TSCHULIN, 1972; PFEIFFER, 1975, 1976; HEINERTH, 1976; PAVEL, 1978) wider. Für die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der klienten-
zentrierten Psychotherapiepraxis bleiben zwar die w.o. genannten (ROGERSchen) 'Basisvariablen' auf seiten des Therapeuten als wesentliche Ausgangs- und Orientierungs-
hilfe erhalten, werden aber zunehmend stärker durch ein Spektrum unterschiedlicher Verhaltens- und Interventions-
weisen erweitert.

So betrachtet RICE (1974) - ebenso wie GENDLIN - inner-
halb ihres Ansatzes einer Weiterentwicklung der ur-
sprünglichen GPTH die o.g. Basisvariablen nach wie vor für die Persönlichkeitsveränderung als nützlich, jedoch nicht mehr als ausreichend.

Ihrer Auffassung nach tragen diese dazu bei, ein Klima von Vertrauen und Offenheit zwischen Therapeut und Klient zu schaffen, und sind daher eher als G r u n d -

¹ Unter diesem Blickwinkel betrachtet, dürfte die 'Experiential therapy' mit der 'Experiencing-Theorie' als ihrem Kernstück, Teil einer solchen allgemeinen Entwicklung sein.

l a g e für die Verwendung anderer therapeutischer Interventionen anzusehen, denn als Instrumentarium zur Herbeiführung von Veränderungen geeignet.

In ähnlicher Weise wie GENDLIN stellt RICE die 'evokative Funktion des Therapeuten'¹ in den Vordergrund. Insofern, als auch sie das Primat des Erlebens betont, steht sie im gleichen Argumentationszusammenhang wie GENDLIN, reflektiert aber stärker und strukturierter Ziele, Wirkungs- und Funktionszusammenhänge sowie antezedente Bedingungen therapeutischer Veränderung (vgl. auch im dt.-sprachigen Raum PAVEL, 1978).

In Anlehnung an WEXLERS (1974) informationstheoretischen Ansatz geht RICE davon aus, daß es für jede Person Klassen von Erfahrungen gibt, die nie adäquat verarbeitet wurden (und damit eine neurotische Entwicklung einleiten), weil ungeeignete Schemata zur Erfassung und Verarbeitung neuer Erfahrungen verwendet wurden (vgl. dazu die ausführliche Darstellung bei WEXLER, 1974). - Erst eine 'unverzerrte', d.h. z.B. angstfreie und im therapeutischen Kontext neuinduzierte Wahrnehmung ermöglicht die Aufdeckung und Reorganisation, d.h. Neu- und Umstrukturierung dieser alten, funktionsinadäquaten Schemata.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht entsprechend darin, sich den Reaktionen seines Klienten in besonderer Weise zuzuwenden, die problematisch und konflikthaft erscheinen und ihm zu helfen, auf sein - fühlbares - Erleben zurückzukehren, daß dieses zu einem möglichst genauen Spiegelbild der tatsächlich erlebten Situation wird.

D.h. die evokative (erlebnisaktivierende) Funktion des Therapeuten besteht darin, daß er die Reaktion des Klienten auf eine bestimmte Schlüsselsituation wieder hervorruft² und ihn die ursprüngliche Situation so nah und intensiv wie möglich e r l e b e n läßt. Seine evokativen Interventionen richten sich auf die Besonderheiten

¹ Der Begriff der 'Evokation' kennzeichnet das Hervor- bzw. Wachrufen von Erlebnissen, Vorstellungen u.ä. - Wir werden ihn innerhalb unserer Ausführung als Synonym für die Bezeichnung 'Erlebnisaktivierung' verwenden.

² Vgl. hierzu die Ausführungen zum 'Katharsis'-Konzept von NICHOLS und ZAX in den Abschnitten II. 7.1 und 7.2 der vorliegenden Arbeit.

der unangenehmen, belastenden oder konflikthafter (ursprünglichen) Reizsituation und das differenzierte innere Bewußtsein einer Belastung (o.ä.) des Klienten.

COCHRANE und HOLLOWAY (1974) kommen zu einem ähnlichen Schluß wie RICE: für viele Klienten sei die Chance einer konstruktiven Veränderung dann als gering oder gar aussichtslos anzusehen, wenn es nicht gelänge, ihnen zu intensivieren, eher vorbegrifflichen und über ein 'Reden-über-Gefühle' hinausgehenden Erlebensmöglichkeiten ihrer psychischen Situation zu verhelfen.

Unabhängig davon, daß ein Reden ü b e r Gefühle durch überwiegend verbal-inhaltlich orientierte Therapieformen - vor allem d a n n, wenn sie die sich aus dem Therapiekontakt ergebenden aktuellen Informationen, z.B. die aktuelle Befindlichkeit des Klienten, sein non- und paraverbales Verhalten usf. vernachlässigen - besonders stimuliert werden kann, teilen erlebensorientierte Praktiker (vgl. dazu PERLS, 1974; GENDLIN, 1974) die Beobachtung, daß Klienten zumeist ihr aktuelles Erleben gänzlich ignorieren und sich statt dessen elaborierter Formulierungen und Ausdrucksweisen bedienen - entweder, weil sie den aktuellen Bezug zu ihrem augenblicklichen Erleben nicht für wesentlich halten bzw. das Gefühl für dessen Wichtigkeit im Verlauf ihres Sozialisationsprozesses verlernt haben, oder weil sie - bewußt oder unbewußt - eine tiefere Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Problemen vermeiden (wollen).

Empirische Forschungsergebnisse (TOMLINSON und HART, 1962; GENDLIN, 1969, 1970 sowie TAUSCH, 1968, 1974; ECKERT und SCHWARTZ, 1974, u.a.) haben überdies gezeigt, daß die Selbstexploration und die Erlebensintensität von Klienten bei einfühlsamen klientenzentrierten Therapeutenverhalten zwar deutlich ansteigt, diese Veränderung

zugleich aber auch wesentlich von der Fähigkeit eines Klienten zur Selbstreflexion zu Beginn der Behandlung abhängt.

Ausgehend von den von GENDLIN, RICE sowie COCHRANE und HOLLOWAY vertretenen Auffassungen, die alle eine Erweiterung der rein klientenzentrierten Einstellungs- und Handlungsrahmens für Therapeuten intendieren und damit begründen, daß sie dem 'Erleben' eines Klienten einen zentralen Stellenwert innerhalb des therapeutischen Prozesses zuweisen, zielte das therapeutische Interesse in den folgenden Jahren darauf ab, dieses Selbsterleben des Klienten in einem stärkeren Ausmaß als bisher zu beachten und zu 'aktivieren' (vgl. RUTISHAUSER, 1975).

Hier schließt sich unmittelbar die Frage an, über welche - über die 'Focusing-Übung' hinausgehenden - konkreten Möglichkeiten Therapeuten verfügen, um das Selbsterleben von Klienten zu 'aktivieren', d.h. zu fördern und zu vertiefen?

3.1. Erlebnisaktivierende Interventionen ('EaI')¹: Merkmale und Ziele

Zur Überwindung der o.g. Schwierigkeiten sowie als Hilfe zu einer sonst nicht möglichen tieferen Selbstreflexion und gesteigerten Erlebensintensität können spezifische - sog. 'erlebnisaktivierende' - Methoden und Interventionen (wie etwa die 'Focusing-Übung' bei GENDLIN) innerhalb der Therapie verwendet werden.

¹ Hier und nachfolgend verwenden wir diese Abkürzung ('EaI') für den Begriff 'Erlebnisaktivierende Interventionen' (vgl. ESSER, 1978 b, 1980).

Wir wollen hier mit dem Begriff der 'Erlebnisaktivierung' einen therapeutischen Prozess kennzeichnen, der - allgemein gesprochen - dem Klienten hilft, einen stärkeren Bezug zwischen dem, was er verbal/nonverbal mitteilt und dem, was er in diesem Augenblick fühlt, herzustellen.

Analog hierzu läßt sich der Begriff der 'Erlebnisaktivierenden Interventionen' (EaI) genauer bestimmen:

Alle solchen Interventionen, Übungen und Methoden, die auf das unmittelbare, aktuelle und gegenwärtige Erleben eines Klienten gerichtet sind, um diesen in stärkerem Ausmaß als zuvor gefühlsmäßig an seinem augenblicklichen Erleben, seiner (psychischen) Situation und seinen verbalen/nonverbalen Mitteilungen in der Therapie zu beteiligen, bezeichnen wir als 'erlebnisaktivierend'.

Dabei stellt die Bezeichnung 'erlebnisaktivierend' keineswegs einen einheitlich und operational definierten Sachverhalt dar, ebensowenig wie bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt eindeutig empirisch nachgewiesen ist, daß diese Interventionen tatsächlich auch 'erlebnisaktivierend' sind.

Dagegen sind unter dem Begriff 'EaI' eine Reihe der verschiedensten Interventionen aus unterschiedlichen therapeutischen Zusammenhängen zusammengefaßt (z.B. das 'Focusing' aus dem Kontext der 'Experiential therapy', die Intervention 'Selbsteinbringung des Therapeuten' aus der GPTH, sowie die 'Awareness-Continuum'-Übung aus der gestalttherapeutischen Arbeit), die über zumindest ein gemeinsames Ziel verfügen, nämlich:

Veränderungen des Klienten dadurch herbeizuführen, indem sie die Aufmerksamkeit auf den inneren Prozeß eines Individuums lenken, um den Klienten stärker an seinem Erleben teilnehmen zu lassen - ein Vorgang, der entweder über die Bewußtmachung sensorischer Funktionen bzw. des

verbalen und nonverbalen Ausdruckes sowie des Verhaltens eines Klienten bewirkt wird.

Erlebnisaktivierende 'Eingriffe' des Therapeuten sind immer dann sinnvoll, wenn

- der Klient über etwas spricht, was er (allem Anschein nach) gar nicht richtig fühlt;
- der Klient etwas *n i c h t* mitteilt, was er im Augenblick fühlt (wenngleich dem Therapeuten aufgrund mehrerer non- und paraverbalen Hinweise erkennbar ist, daß etwas im Erleben des Klienten vor sich geht).

Ihrer Intentionalität liegt die Vorstellung zugrunde, derzufolge der Körper selbst eine zuverlässigere, sinnvollere und ausgewogenere Urteilsquelle darstellt als die mittels der Fähigkeit zum schlußfolgernden, analytischen und rationalen Denken gewonnenen Einsichten, und die - darüber hinaus - den vernunftgesteuerten Instanzen des mentalen Bewußtseins eine bedürfnisstellende Funktion zuweist (COCHRANE und HOLLOWAY, 1974).

Erlebnisaktivierende Methoden lassen sich auch sehr grob auf einem Kontinuum anordnen, dessen Extreme durch die beiden Pole "überwiegend verbal-inhaltlich orientiert" bzw. "überwiegend körper-nonverbal orientiert" gebildet werden.

Ein solches Kontinuum spiegelt die Akzentverlagerung innerhalb der psychotherapeutischen Methoden wider, d.h. die Entwicklung von einer überwiegend bzw. rein verbalen Interaktion mit dem Klienten hin zu Methoden und Ansätzen, die dem Klienten zu einer körperlich empfundenen Bedeutung dessen, was er sagt, denkt, fühlt und tut, und was für ihn problematisch und konflikthaft ist, verhelfen.

Eine rein verbalorientierte klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie auf einem solchen Kontinuum den (V)-Pol zuzuordnen (sie ist überwiegend verbal ausgerichtet, wenig konfrontativ und nicht bzw. kaum körperbezogen).

In der Mitte des Kontinuums etwa ist die (klientenzentrierte) Methode des "Focusing" (GENDLIN) anzusiedeln (neben der verbalen Ebene werden auch stärker aktuelle und körperlich fühlbare Prozesse im Klienten berücksichtigt).

Am Ende des Kontinuums lassen sich die erlebnisaktivierenden Interventionen der Gestalttherapie (die Interaktion zwischen Therapeut und Klient umfaßt sowohl die verbale als auch die nonverbale Ebene der Mitteilungen; gestalttherapeutische Interventionen richten sich überwiegend auf körperliches und unmittelbares Fühlen und sind - deshalb - häufig konfrontativ) einordnen.

überwiegend inhaltlich
verbal orientiert (V)

überwiegend körper-
(nonverbal-) orientiert
(NV)

o-----o-----o

Klientenzentrierte Gesprächspsycho- therapie	Experiential therapy ('Focusing' - Übung)	EaI der Gestalt- Therapie
--	---	------------------------------

Erlebnisaktivierende Interventionen des Therapeuten veranlassen in der Regel den Klienten, langsamer, d.h. bewußter in seinen Mitteilungen und Selbstreflexionen zu werden. Sie ermöglichen auch, wichtige (z.B. belastende oder traumatische) Situationen näher 'heranzuholen' und sie lebhafter gegenwärtig werden zu lassen.

Damit bekommen EaI natürlich häufig auch den Charakter einer Konfrontation des Klienten mit sich selbst und seinem Erleben.

Versucht der Therapeut mithilfe von EaI die Distanz des Klienten zu seinen eigenen Mitteilungen zu verringern und diesen in Kontakt mit dem gefühlten Erleben zu bringen, so geht es doch - und dies sei hier besonders betont - nicht darum

"... das Erleben des Klienten in einer bestimmten Form zu 'manipulieren'" (PAVEL, 1978).

"Ziel ist vielmehr, dem Klienten eine andere und für ihn intensivere Form der Darstellung und Auseinandersetzung mit seiner derzeitigen Situation zu ermöglichen" (PAVEL, a.a.O., S. 76/77).

HEINERTH (1976), PFEIFFER (1976) und ESSER (1978) beschreiben eine Reihe von EaI, die sich aus der praktischen Arbeit und den spezifischen Erfordernissen einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (nach ROGERS) in den letzten Jahren entwickelt haben und zur stärkeren Aktivierung des Prozesserlebens - neben den therapeutischen 'Basisvariablen' (Empathie, Wertschätzung und Echtheit) - des Klienten eingesetzt werden:

- Selbsteinbringung des Therapeuten;
- Konfrontation des Klienten mit Diskrepanzen;
- Feedback;
- Ansprechen ambivalenter Gefühle;
- Thematisierung der aktuellen therapeutischen Beziehung.

Ganz besonders aber wird bei den 'system-externen', d.h. den nicht aus dem Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie stammenden erlebnisaktivierenden therapeutischen Interventionen und 'Techniken' an die der 'Gestalt therapy' (GEST)¹ gedacht, auf die in den letzten Jahren zunehmend stärker nicht nur im Rahmen der GPTH Gebrauch gemacht wird, um das Erleben von Klienten zu intensivieren.

Mit ihren zahlreichen Interventionsmöglichkeiten, Klienten zu einem engeren Kontakt mit ihren wirklichen Empfindungen zu verhelfen, wird die Gestalt therapy gegen-

¹ Hier und nachfolgend verwenden wir diese Abkürzung ('GEST') für die Bezeichnung 'Gestalt therapy'.

wärtig oft als d i e Protagonistin von Methoden zur 'Erlebnisaktivierung' angesehen.¹ Ihre Innovationen im psychotherapeutischen Bereich haben dazu geführt, daß eine Reihe anderer therapeutischer Richtungen - insbesondere in den USA - einzelne Techniken und Übungen übernommen und versucht haben, sie in ihren eigenen Handlungs- und Begründungszusammenhang zu 'integrieren' (BÜDIKER und LANGE, 1975; HARPER, 1975; COCHRANE und HOLLOWAY, 1974).

Im folgenden Abschnitt wollen wir soweit auf den Entstehungszusammenhang der GEST, auf ihre zentralen theoretischen Grundannahmen und Prinzipien sowie auf die daraus abgeleiteten bzw. damit verknüpften praktisch-therapeutischen Interventionen eingehen, wie dies zum besseren Verständnis sowie zur Einordnung der daraus entstammenden EaI - die wir auch im Rahmen unserer empirischen Untersuchung verwenden wollen - angezeigt erscheint.

¹ Inwieweit die Berechtigung zur Annahme des 'erlebnisaktivierenden Charakters' dieser Interventionen vorliegt, wird im Rahmen unseres empirischen Teiles noch zu klären sein.

4. DIE 'GESTALT THERAPY'. VON PERLS

4.1. Einführung

Die Gestalttherapie¹, von PERLS, entwickelt in Auseinandersetzung mit FREUDs Psychoanalyse, REICHs Vegetotherapie, östlichen Philosophen und der Gestaltpsychologie, hat unter den neueren Therapieformen im letzten Jahrzehnt beständig an Bedeutung gewonnen, wenngleich sie von wissenschaftlicher Forschung bislang noch wenig berücksichtigt wurde. Sie gilt auf Grund ihrer starken Betonung affektiver und körperlicher Prozesse und deren Einbeziehung in die Behandlung psychischer Störungen als die Repräsentantin erlebnisaktivierender Methoden.

Ausgehend von der Annahme, daß jeder Aspekt individuellen Verhaltens als Manifestation des Gesamt eines Menschen anzusehen sei, betont sie die Wichtigkeit einer gegenwartsbezogenen unmittelbaren Selbstwahrnehmung durch das Individuum.

D.h., was ein Klient innerhalb der Therapie tut: wie er sich bewegt, spricht, sich mimisch und gestisch ausdrückt usf., liefert ebensoviel Informationen über ihn, wie das, was er verbal mitteilt (PERLS, 1969 a, dt. 1974).

Therapeutische 'Hilfe' hat unter diesem Blickwinkel die Aufgabe, 'Blockierungen' des Bewußtseins- bzw. Bewußtheits-(awareness-)Prozesses wahrnehmbar zu machen und - wenn möglich - zu beseitigen. Dies geschieht vor allem dadurch, daß der Therapeut den Klienten in ständigem Kontakt mit dem, was dieser denkt, fühlt und tut hält - PERLS entwickelte zu diesem Zweck ein umfangreiches

¹ Eine ausführliche dt.-sprachige Darstellung der Gestalt therapy findet sich bei SÜSS und MARTIN (1977).

Repertoire der verschiedensten Interventionsmöglichkeiten - "und ihn lehrt, daß in einer neuen Bewußtheit seiner zuvor ignorierten bzw. vernachlässigten Körperfunktionen und dem veränderten Erleben seines körperlichen Prozesses er die Antwort auf seine Probleme findet" (ESSER, 1978, S. 146).

4.2. Theoretische Grundannahmen und Prinzipien: Schlüsselbegriffe der GEST

4.2.1. Das 'Awareness'-Konstrukt

Ähnlich wie der 'Experiencing'-Begriff bei GENDLIN so kann 'awareness'¹ als das zentrale Konstrukt innerhalb der GEST betrachtet werden.

"Es handelt sich dabei um einen Zustand aufmerksamer Wachheit gegenüber den Dingen, die im jeweiligen Augenblick hier und jetzt in mir, mit mir und um mich herum vorgehen. Gegenüber dieser gespannten Wachheit ist das Wach-Sein, in dem wir gewöhnlich leben, getrübt, gedämpft und in seiner Wahrnehmungskapazität eingeschränkt" (STEVENS, 1972).

Die GEST geht davon aus, daß allein die Intensivierung von 'awareness' bereits therapeutische Wirkung haben kann (vgl. hierzu auch GENDLINS Auffassung zum Prozess des 'experiencing', 1969, 1974).

Alle verwendeten gestalttherapeutischen Methoden zielen letztlich darauf ab, eine Intensivierung dieser 'awareness' zu erreichen.

¹ Wir behalten im folgenden den englischen Begriff 'awareness' bei, da er nur unvollständig mit dem dt. Begriff 'wache Aufmerksamkeit', 'Bewußtheit', oder 'Gewahrsein' übersetzt wird.

Es gibt eine Reihe von gestalttherapeutischen Übungen, die gezielt zum Training einer erweiterten 'awareness' eingesetzt werden, so z.B. das 'awareness-continuum'.

4.2.2. Das 'Hier-und-Jetzt'-Prinzip

Das awareness-Konstrukt hängt eng zusammen mit der Betonung des 'Hier-und-Jetzt'-Prinzips:

"Bewußtheit kann sich nur im Jetzt manifestieren und auf reale Fakten, Verhalten und Umwelt stützen" (PETZOLD, 1973, S. 25).

Innerhalb der gestalttherapeutischen Arbeit wird mit Hilfe verschiedener Methoden versucht, zeitlich entfernte Situationen im Hier-und-Jetzt zu erleben, d.h. Vergangenes und Zukünftiges zu vergegenwärtigen, so daß dessen Bedeutung für die gegenwärtige Befindlichkeit des Klienten auf emotionaler, kognitiver und somato-motorischer Ebene erlebbar wird.

4.2.3. Das Prinzip der 'organismischen Selbstregulation'

Das Prinzip der 'organismischen Selbstregulation' beinhaltet, daß die natürliche Tendenz eines menschlichen Organismus' auf Wachstum und Befriedigung von Bedürfnissen ausgerichtet ist.

Es ist die inhärente Fähigkeit des Organismus', zu wissen, was für ihn gut ist, wie er es erhält und in welcher Abfolge (PERLS, 1969 a, dt. 1974).

Integraler Bestandteil der organismischen Selbstregulation ist der Prozess der 'awareness'-Entwicklung und die 'Identifikation mit dem eigenen Körper(-sein)'.

4.2.4. Das Prinzip der 'Selbst-Verantwortung'

Die gestalttherapeutische Auffassung von 'Selbst-Verantwortung' setzt den Menschen als aktiven Verursacher physischer und psychischer Prozesse und Störungen (z.B. körperlicher Verspannungen) ein.

In PERLS' Wortanalyse tritt die alleinige Entscheidungsfähigkeit des Individuums deutlich zutage: 'Verantwortung' = responsibility = response-ability = Fähigkeit, zu antworten, zu reagieren (PERLS, 1969 a).

4.2.5. Definition von Neurose

Die Gestalttherapie versteht 'Neurose' als Entfremdungserscheinung.

Neurotiker sind - nach gestalttherapeutischer Auffassung - nicht in der Lage, in der Gegenwart zu leben, weil sie chronisch mit unbeendeten Problemsituationen aus ihrer Vergangenheit belastet sind. Ihre Aufmerksamkeit wird - zumindest teilweise - durch diese "unerledigten Situationen" absorbiert und dies wiederum führt dazu, daß sie weder über die Bewußtheit noch die Energie verfügen, sich voll und ganz mit ihrer aktuellen Gegenwart auseinanderzusetzen."

Die Tendenz eines Neurotikers, mit den entfremdeten oder 'abgespaltenen' Teilen seines Selbst nicht in Kontakt zu kommen, führt zu Vermeidungsverhalten - für PERLS die Definition von Neurose schlechthin. - Durch Vermeidungsverhalten versucht das Individuum den Gefühlen zu entkommen, die gefühlt werden müssen, um eine 'offene Situation' (sog. unfinished business) abzuschließen.

Vermeidet ein Individuum ständig eine gegenwartsorientierte Bewußtheit, hindert es sich gleichzeitig daran, sich mit den unangenehmen Dingen seines Bewußtseins zu konfrontieren und sie erfolgreich zu bearbeiten. Auf diese Weise bleibt der Betreffende in der unbeendeten Situation stecken.

Als 'gesund' ist demzufolge dann ein Organismus zu bezeichnen, wenn eine ungehinderte Funktion der organischen Selbstregulation möglich ist. Dies beinhaltet nicht Freisein von Ängsten oder anderen Störungen, sondern eine elastische Anpassung des Organismus' an die von Moment zu Moment sich verändernde Situation.¹

4.2.6. Theorie der Veränderung und Therapieziel

Als phänomenologisches Therapiesystem geht die GEST von der Beschreibung des in einer gegebenen Situation Wahrnehmbaren aus. Dies impliziert, daß nur beobachtet werden kann, was sich in der Gegenwart ereignet, und daß das Wie (im Gegensatz zur - kausalen - Warum-Frage) die adäquate Annäherung an Phänomene ermöglicht (PERLS, 1969 a, S. 44).

Aus diesem Grunde besteht der gestalttherapeutische Ansatz nicht darin, die Vergangenheit nach traumatischen Erinnerungen oder unerledigten Situationen aufzuarbeiten, sondern den Klienten darum zu bitten, sich darauf zu konzentrieren, was sein gegenwärtiges Erleben ausmacht und sich dessen vollständig bewußt zu werden.

Dieser Vorgehensweise liegt die (FREUDsche) Hypothese zugrunde, daß die Reste und Teile 'unerledigter Situationen' und ungelöster Probleme unweigerlich als Teil dieses gegenwärtigen Erlebens auftauchen werden. Wenn diese unerledigten Situationen erscheinen, wird der

¹ Vergleiche die Affinität dieser Auffassung zu der von GENDLIN (1970) bezüglich der 'Wiederherstellung des experiencing'.

Klient aufgefordert, sie "neu zu inszenieren", sie neu zu erleben, um sie zu beenden und in die Gegenwart zu assimilieren.

Die Betonung auf dem Wie gegenwärtigen Erlebens führt zu unmittelbaren emotionalen und kognitiven Erfahrung, im Gegensatz zum historisch-kausalen Vorgehen und Interpretieren, das kognitive Prozesse in den Vordergrund bringt. PERLS stellt "experiencing" (!) dem bloßen "Reden über" gegenüber und schreibt ihm allein therapeutischen Wert zu.¹

Das Leben mit der Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die Gegenwart ist nach Auffassung der GEST aufgrund des (o.g.: Definition von Neurose) Störungsmodelles sinnvoll und führt auf irgendeine - unbekannte - Weise zu 'psychologischem Wachstum'.

Den Prozess des 'psychologischen Wachstums' begreift PERLS dabei als einen Prozess, in dessen Verlauf die Bereiche der Bewußtheit eines Menschen über sich selbst eine größere Ausdehnung erfahren.

PERLS hat an keiner Stelle seiner Publikationen explizit seine Theorie der Veränderung formuliert - BEISSER (1970) charakterisiert sie als die "Paradoxe Theorie der Veränderung"; sie lautet: "Veränderungen treten dann ein, wenn ein Individuum zu dem wird, was es ist, aber nicht, wenn es versucht, etwas zu werden, was es nicht ist."

Das Ziel der Therapie ist die Aufhebung der Entfremdung der Person; Erfolgskriterium ist in diesem Zusammenhang nicht die Beseitigung eines speziellen Symptoms, oder das Erreichen eines 'sozial angepaßten Verhaltens', sondern ein organismisch selbstreguliertes Funktionieren des Individuums auf der Grundlage von 'wacher Bewußtheit' (awareness).

¹ Allerdings wird hier mit 'experiencing' der körper-sensationelle, motorische Aspekt des aktuellen Erlebens stärker betont.

Im Hinblick auf den Prozess der "Schließung von offenen Gestalten" in der Therapie verwendete PERLS den Begriff 'Gestalt' auf zwei Ebenen: zum einen (1) bezieht er sich auf die 'Gestalt' eines Menschen, die durch eine Integration abgespaltener Teile der Persönlichkeit innerhalb eines therapeutischen Prozesses der Selbstverwirklichung wieder zu einem 'Ganzen' werden kann; zum anderen verwendete er diesen Begriff auf (2) der verhaltensmäßigen Ebene: d.h. 'offene Erlebens-Gestalten' werden durch das Durchleben sog. unerledigter Situationen wieder geschlossen.

Wenn der Patient lernt, 'awareness' zu fokussieren und zu entdecken, was (im Augenblick) ist, anstelle von was sein sollte, dann lernt er sich selbst zu vertrauen. Dies wird in der GEST als optimale Entwicklung des "self-support"¹ angesehen, d.h. als Definition von Reife und demzufolge als Ziel der Therapie.

4.3. Zur therapeutischen Praxis: die 'Rationale' gestalttherapeutischen Vorgehens

Heilmittel ist also nicht die therapeutische Beziehung allein, sondern die Möglichkeit, die damit der Klient besitzt, innerhalb einer "geschützten (nämlich der therapeutischen) Situation" ein "sicheres Risiko" einzugehen und mit neuem Verhalten zu experimentieren, um seine 'awareness' sowie die eigenen Ausdrucksmöglichkeiten erweitern zu können. - Das Ziel bleibt dabei immer, die fragmentierten Teile des Klienten stärker

¹ Wir behalten im folgenden den ursprünglichen Begriff "self-support" bei, der dem dtsh. "Selbstverantwortung und Autonomie des Individuums" entspricht.

zu einer Integration zu führen und solche Hindernisse zu beseitigen, die den ablaufenden 'awareness'-Prozess unterbrechen (STUART, 1976, S. 223) und einer Re-Integration der Persönlichkeit im Wege stehen.

Der Gestalttherapeut tut dies auf eine Art und Weise, die die dem Klienten eigenen Fähigkeiten zur Lösung seiner Probleme vergrößert:

Eine grundlegende Aufgabe für den Gestalttherapeuten äußert sich entsprechend darin, die Bedingungen zu arrangieren, unter denen der Klient am besten seine eigenen Fähigkeiten zur Veränderung seiner Probleme benutzen kann, - jedoch nicht darin, für den Klienten die Probleme zu lösen.

Je mehr sich der Therapeut enthält, dem Klienten zu sagen, wer dieser ist oder wie dieser sich fühlt, desto mehr Chancen gibt er ihm, sich selbst zu entdecken und nicht durch Konzepte und Projektionen des Therapeuten fehlgeleitet zu werden.

Die unmittelbaren, beobachtbaren Reaktionen des Patienten innerhalb des therapeutischen Prozesses leiten die Interventionen des Gestalttherapeuten.

Demzufolge richtet dieser sein besonderes Augenmerk auf Brüche in der Bewußtheit des Klienten sowie auf Lücken in seiner Aufmerksamkeitsentwicklung.

Während ein Klient zum Beispiel über ein persönliches Problem redet, agiert und reagiert er gleichzeitig auf der sensorischen und motorischen Ebene. - Wenngleich sein Bewußtsein zu einem großen Teil auf den von ihm mitgeteilten verbalen Inhalten konzentriert sein mag, so schaut er doch auch im Raum umher, gestikuliert mit den Händen, bewegt seine Finger, rutscht auf seinem Stuhl hin und her, lächelt etc. - manchmal in Übereinstimmung mit dem verbal mitgeteilten und manchmal auch nicht. - Stimmlage und Sprechtempo variieren, nicht unbedingt immer in Kongruenz mit der inhaltlichen Mitteilung. - Neben dem 'beabsichtigten' Inhalt seiner Worte verwendet der Klient in seinen Mitteilungen eine Vielzahl von Vorstellungen und Metaphern; er nimmt - häufig unbewußt - eine Auswahl der 'Verbbetonung, des Verbmodus', einen Wechsel in den Pronomen sowie in seiner gesamten Syntax vor.

Die Gesamtheit dieser Klientenaktivitäten dient also dem Therapeuten als pragmatischer Hintergrund, der die semantische Bedeutung der inhaltlichen Mitteilungen des Klienten modifiziert und erweitert. - Miteinander nicht übereinstimmende Aktivitäten auf der Bezeichnungsebene einerseits und der inhaltlichen andererseits stehen in einer spezifischen Relation zu den Schwierigkeiten des Klienten, ein "organismisch" zufriedenstellendes Leben zu führen. - Durch die Gesamtheit seines Verhaltens zeigt der Klient von Moment zu Moment und im Detail, wie er es vermeidet, in direkten und offenen Kontakt mit seinem aktuellen und gegenwärtigen Erleben (zum Beispiel mit seinen Wünschen, Neigungen, Bedürfnissen) zu gelangen.

Die Entdeckung seiner eigenen Körpersensationen kann einen Klienten zum Erlebnis der Erfüllung führen; sie hilft dabei, den Prozess des Durcharbeitens von Problemen abzuschließen, und regt möglicherweise die Bewußtwerdung alter Situationen und Ereignisse an.

Solche Sensationen können durch entsprechend erlebnisaktivierende Interventionen des Therapeuten evoziert werden, der zum Beispiel darauf hinweist, daß der Unterleib des Klienten nicht in die Gesamtatmung integriert sei, d.h. also, indem der Therapeut den Klienten immer wieder darum bittet, sich mit voller Aufmerksamkeit seinen variierenden und an verschiedenen Stellen seines Körpers auftretenden Sensationen und Empfindungen zuzuwenden.

4.3.1. Das therapeutische Instrument 'awareness'

Die GEST verfügt über eine ganze Reihe von 'Techniken', die auf der Arbeit mit dem 'awareness-continuum' basieren (LEVITSKY und PERLS, 1970; NARANJO, 1973; PASSONS, 1975; STEVENS, 1971).

Die therapeutische Arbeit mit dem 'awareness-continuum' impliziert zahlreiche Anwendungsmöglichkeiten und stellt das geeignetste Mittel eines Gestalttherapeuten dar, seinen Klienten von der 'Warum'-Frage (z.B. in bezug auf spezielle unverständliche eigene Verhaltensweisen) wegzuführen und auf das Was und Wie des unmittelbaren Erlebens zu richten.

Das konsequente Verweilen im 'awareness-continuum', d.h. im Kontinuum der Gegenwart und der darauf bezogenen ganzheitlichen Selbst- und Fremdwahrnehmung, führt dazu, daß 'offene (Erlebnis-)Gestalten', unerledigte Situationen (vgl. ZEIGARNIK, 1926) - sog. 'unfinished business' (PERLS, 1947, dt. 1978) - aus der Vergangenheit in die Gegenwart eingehen.

Daneben gibt es zur Schließung einer 'offenen Erlebnisgestalt' vielfältige therapeutische Techniken (Interventionen und Übungen)¹:

- (1) die psychodramaähnliche (vgl. MORENO, 1966, 1971) Inszenierung und Bearbeitung alter Situationen, d.h. die gestalttherapeutische Arbeit mit dem "leeren Stuhl" in Form eines Dialoges, oder
- (2) die Technik der 'Amplifikation', d.h. der Wiederholung und Verstärkung zunächst kleiner, zumeist unbe-

¹ Diese Techniken oder Interventionen werden in den Abschnitten 'EaI der GEST: Methoden zur Einsichtförderung' bzw. 'Methoden zur Förderung von Selbst-Verantwortung' ausführlich dargestellt (s. dazu den Abschnitt II. 4.4. dieser Arbeit).

merkter Verhaltensweisen, die zur Prägung vormals unausgeformter 'Gestalten' führt, in deren Folge die damit verknüpften Gefühle bewußt gemacht und assimiliert werden können.

- (3) Die Technik der Umkehrung sichtbaren Verhaltens bringt den Patienten in Kontakt mit dem bislang gemiedenen anderen Pol, gemäß der Annahme, daß sichtbares neurotisches Verhalten gewöhnlich die Kehrseite von zugrunde liegenden oder latenten Impulsen darstellt.
- (4) Die Aufforderung zur Identifikation mit aktuellen Prozessen, Symptomen, Widerständen oder abgespaltenen Persönlichkeitsteilen betont die Selbstverantwortung des Patienten und ist ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel zur Überwindung der persönlichen Entfremdung (z.B. "sei die Spannung in deinem Nacken, gib ihr eine Stimme", etc.).
- (5) Selbstverantwortung als therapeutisches Ziel liegt auch den sog. "Language-games" zugrunde, die von PERLS aus der Erfahrung heraus entwickelt wurden, daß zwischen der Struktur von Sprechgewohnheiten und der Persönlichkeit eine enge Verknüpfung besteht.

Der Kern der "Language-games" besteht für den Sprecher in der Umformulierung depersonalisierter, zu- meist unbemerkter und oft sozial üblicher Sprach- habits in eine persönliche Aussage, in der der Spre- cher volle Verantwortung für den Inhalt übernimmt (PASSONS, 1975).
- (6) In der Gestalttherapie wird nonverbaler und physiolo- gischer Ausdruck neben der verbalen Ebene gleich- wertig in das therapeutische Geschehen einbezogen. Gerade weil nonverbales Verhalten spontaner und un- kontrollierter als verbales Verhalten auftritt, eig- net es sich als oft zuverlässigerer Indikator für momentanes Erleben.

Die Körpersprache in der Vielfalt ihrer Äußerungsformen, "obvious or concealed, it is an expression of the self" (PERLS, 1973, S. 75), weist auf relevante offene Situationen aus der Vergangenheit oder der Gegenwart hin. Besonders Brüche und Inkongruenzen zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck geben oft deutlichen Hinweis auf 'offene Gestalten'.

4.3.2. 'Regeln' und 'Experimente'

Der unmittelbaren Erfahrung im therapeutischen Prozess wird Vorrang gegenüber dem "Reden über" eingeräumt; dies führt zur Betonung von direkter Aktion innerhalb der GEST, zum sog. Experiment (auch: 'Regeln', 'Spiele').

D.h. es gibt nur wenige 'Grundregeln', die gewöhnlich zu Beginn jeder Therapie formal eingeführt und beschrieben werden. Dagegen existiert eine große Zahl von 'Spielen', die ständig erweitert wird.

Gestalttherapeutische 'Experimente' haben keine Funktion per se, sondern dienen der Verdeutlichung des laufenden therapeutischen Prozesses und/oder einer Erweiterung der 'awareness' und der Vermittlung neuer Erfahrungen beim Klienten; sie werden demzufolge überwiegend prozessorientiert eingesetzt. - 'Experimente', 'Gestalttechniken' oder - wie wir sie im Rahmen unserer Arbeit bezeichnen wollen - 'Erlebnisaktivierende Interventionen aus dem Kontext der GEST' decken ein breites Spektrum von Möglichkeiten des Denkens, Fühlens und Handelns ab. Durch sie erfährt der Klient die Einschränkung seiner (viel breiteren) Ausdrucksmöglichkeiten und kann so neues alternatives Verhalten ausprobieren (NARANJO, 1973).¹

¹ Versuche einer Regelbildung für die Vielzahl gestalttherapeutischer Experimente finden sich bei LEVITSKY u. PERLS (1970), NARANJO (1973) und bei POLSTER (1975), die verschiedene Möglichkeiten zur Durchführung von Experimenten aufzeigen.

Wie PERLS, HEFFERLINE und GOODMAN (1951) ausführen, dienen 'Experimente' oder 'Spiele' nicht zuletzt dazu, Zweifelhafte entweder zu bestätigen oder aber zu widerlegen, zu testen sowie Unbekanntes zu entdecken. Sie verhelfen dazu, in engeren Kontakt mit den eigenen Empfindungen zu kommen. - Eine Reihe solcher Beispiele sind ausführlich in STEVENS (1976) aufgeführt.

4.3.3. Ein Exkurs zur Bedeutung der 'Gestalt-Methodenlehre'

Bevor wir uns näher mit den verschiedenen Interventionen aus dem Kontext der Gestaltarbeit befassen und diese näher beschreiben, möchten wir an dieser Stelle kurz auf den Stellenwert von 'Techniken' eingehen:

"Gestalttherapie hat, obwohl sie formal als eine spezielle Art von Psychotherapie bezeichnet wird, ihre Grundlagen in den Prinzipien, die eine gesunde Lebensweise ausmachen. Mit anderen Worten, sie ist zuallererst eine Philosophie, eine Art des Seins. - Andererseits bezieht sich die Gestaltmethodenlehre auf Techniken, die allgemein mit Gestalttherapie assoziiert werden ...". - "Gestalttechniken können ... eine wertvolle Ergänzung einer großen Zahl von therapeutischen Ansätzen sein, ohne daß der Therapeut notwendigerweise ein Verständnis der zugrundeliegenden Gestaltphilosophie hat" (MARCUS, 1979, S. 3).

Diese Auffassung deckt sich mit der von PETZOLD (1974, S. 397): Techniken "können immer nur aus einem bestimmten Kontext heraus und mit einer bestimmten Zielsetzung eingesetzt werden, die sich am Prozeß orientieren muß. Eine gute Technik kann für den Therapeuten eine wichtige Hilfe sein. Aber eine Sammlung von Techniken ist noch keine gute Therapie."

In diesem Sinne sollen auch die nachfolgend dargestellten 'Erlebnisaktivierenden Interventionen' verstanden werden.

Wir haben uns hier entschlossen, die gebräuchlichsten Techniken der Gestalttherapie in Übereinstimmung damit zu klassifizieren, was mit ihnen in erster Linie intendiert wird, nämlich die Förderung von

- (a) B e w u ß t h e i t ('Awareness')
und
- (b) V e r a n t w o r t u n g ('Self-support');
'response-ability').

Ein in dieser Richtung erweitertes Modell zur Formalisierung und Kategorisierung von Techniken (Interventionen und Übungen) aus dem Rahmen der Gestalttherapie legen COCHRANE und HOLLOWAY (1974) vor. Sie unterscheiden zwischen (1) "Techniken zur Steigerung von Bereitschaft und Fähigkeit, die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen" und (2) "Techniken mit dem Zweck, den freien Fluß des Bewußtheits- (awareness) Kontinuums zu steigern."

Obwohl COCHRANE und HOLLOWAY sich für eine Unterscheidung zwischen bewußtseinsfördernden und verantwortlichkeitsfördernden Methoden aussprechen, gehen sie doch davon aus, daß eine klare Trennung zwischen beiden nicht grundsätzlich möglich ist. Die Verwendung von bewußtseinsfördernden Methoden beinhaltet immer auch den Aspekt der Übernahme eigener Verantwortung, und verantwortlichkeits- und entscheidungsfähigkeitsfördernde Methoden sind immer auch mit einer Intensivierung der Bewußtheit verbunden. Etwa in diesem Sinne soll auch die hier vorgeschlagene Trennung verstanden werden.

Mit ihrem vorläufigen Kategorisierungsversuch schafften COCHRANE und HOLLOWAY zugleich die - wenn auch noch recht allgemeine und undifferenzierte - Grundlage für die (Beantwortung der) Indikationsfrage von gestalt-

therapeutischen Interventionen und Übungen.¹

Die nachfolgende Untergliederung der Gestalt-Techniken zur

- (a) Entwicklung der Bewußtheit ('awareness'), sowie
- (b) Entwicklung von Selbstverantwortung

haben wir analog zum Modell von COCHRANE und HOLLOWAY vorgenommen.

Auf Transkriptbeispiele haben wir bei den meisten Techniken - soweit dies uns didaktisch vertretbar erschien - verzichtet.

¹ Wir möchten jedoch an dieser Stelle nicht versäumen darauf hinzuweisen, daß das Modell von COCHRANE und HOLLOWAY - nicht zuletzt wegen der inhaltlichen Überschneidungen der verwendeten 'Klassen' - für die weitere empirische Forschung dringend einer Differenzierung und damit zugleich einer P r ä z i s i e r u n g bedarf.

Tafel 1: Kategorisierung gestalttherapeutischer 'Techniken' ('EaI')

in Anlehnung an die Darstellung bei COCHRANE und HOLLOWAY (1974, S. 274)

TECHNIKEN ZUR ENTWICKLUNG DER 'BEWUSSTHEIT' ('AWARENESS')

Zentrierung auf das 'Hier-und-Jetzt':

- Kommunikation in der Gegenwart
- Erzählen von Träumen in der Gegenwart
- Erzählen von Ereignissen und Situationen in der Gegenwart

TECHNIKEN ZUR ENTWICKLUNG VON (SELBST-)VERANTWORTUNG

Semantische 'Spiele':

- ICH-Sprache statt ES-Sprache
- "Ich will nicht" anstelle von "Ich kann nicht"
- Formulierung von 'Aussagen' anstelle von Fragen

Übungen zur interpersonellen Direktheit:

- Zu jmd. sprechen anstatt von/über ihn zu sprechen ('klatschen')

'Amplifizierung' (svw. Erweiterung, Verstärkung):

- Gebrauch des 'awareness-continuuums'
- Übertreibung und Wiederholung
- 'Aushalten von Gefühlen'

Dialog 'spiele':

- Innerer Dialog ('Topdog' vs. 'Underdog')
- 'Centering' - Aussöhnung von Gegensätzen

Übungen zur Übernahme von Verantwortung:

- Aufmerksam machen:
"Was machst Du mit (deiner Stimme, deinem Fuß, usf.)?"
- Einen Satz oder eine Aussage anbieten
('Feed-a-sentence')

4.4. Erlebnisaktivierende Interventionen der GEST:
Methoden zur Entwicklung der Bewußtheit ('awareness')

4.4.1. Zentrierung auf das 'Hier-und-Jetzt'

4.4.1.1. Kommunikation in der Gegenwart

Um ein "Jetzt"-Bewußtsein zu fördern, ermutigt der Therapeut den Klienten zu Kommunikationen in der Gegenwartsform: "Worin besteht Ihr aktuelles, gegenwärtiges Bewußtsein?" - "Was geschieht jetzt?" - "Was fühlen Sie jetzt in diesem Moment?"

Nach Auffassung von LEVITZKY und PERLS (1970) besteht das wirksamste Instrument, vergangenes Material wieder in die Person des Klienten zu integrieren, darin, es durch Fragen (s.o.) möglichst ganzheitlich in die Gegenwart zu bringen. Auf diese Art und Weise werden allzu elaborierte und intellektualisierende Bearbeitungen des Problems durch den Klienten vermieden; statt dessen bekommen die gesamten, von ihm mitgeteilten Inhalte eine größere Unmittelbarkeit (sowohl für ihn selbst als auch für den Therapeuten).

4.4.1.2. Vergangenheit und Zukunft vergegenwärtigen¹

In erster Linie wird in der Gestalttherapie mit der gegenwärtigen Situation des Klienten gearbeitet. Zukunftsvorstellungen oder Erfahrungen aus der Vergangenheit spielen nur insofern eine Rolle, als sie für sein gegen-

¹ Diese EaI umfaßt: das Erzählen von Träumen sowie von Ereignissen und Situationen in der Gegenwart.

wärtiges Erleben von Bedeutung sind. Wenn überhaupt mit Vergangenheit und Zukunft gearbeitet wird, dann soll sich der Klient mit der entsprechenden Situation so identifizieren, als erlebte er sie gerade im Augenblick. Auf diese Weise kann er sich der Bedeutung bewußt werden, die die Situation für sein gegenwärtiges Denken, Fühlen und Handeln besitzt. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für Veränderungen: der Klient kann dabei die wichtige Erfahrung machen, daß seine gegenwärtige Befindlichkeit nicht ausschließlich durch vergangene Erfahrungen und Zukunftserwartungen determiniert ist, wie er bisher immer vorausgesetzt hat. D.h. die Vergegenwärtigung ist eine gute Möglichkeit, 1. den Klienten erleben zu lassen, daß er über Erlebens- und Verhaltensalternativen verfügt. Wenn 2. ein Klient zukünftigen Situationen gegenüber Angst oder eine starke Ausweglosigkeit empfindet, hilft ihm die Vergegenwärtigung, diffuse Katastrophenerwartungen in konkrete Befürchtungen umzuwandeln, denen er sich - wahrscheinlich - eher gewachsen fühlen wird.

Der Klient wird bei dieser Methode gebeten, sich eine gegenwärtige oder zukünftige Situation so vorzustellen, als erlebe er sie im Hier und Jetzt. Dabei soll er im Präsens über seine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen in der vorgestellten Situation berichten (RAHM, 1979).

4.4.2. 'Amplifizierung'

4.4.2.1. Der Gebrauch des 'awareness-continuums'

Die Verwendung des sog. "Kontinuums gegenwärtiger Bewußtheit" ("continuum of awareness") ist von grundlegender Bedeutung, um den Klienten zur "Selbst-Bewußtheit" anzuleiten und zu ermutigen.

In erster Linie stellt das "Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit" eine effektive Möglichkeit dar, das Individuum zu der sicheren und festen Grundlage seiner Erlebnisse, d.h. fort von endlosen Verbalisierungen, Erklärungen und Interpretationen, zu führen.

Th.: "Wessen sind Sie sich jetzt im Augenblick bewußt?"

Kl.: "Nun, ich bin mir bewußt, daß ich zu Ihnen spreche. Ich sehe die anderen im Raum. Ich bin mir des Feixens von John bewußt. Ich kann eine Spannung in meinen Schultern fühlen. Ich bin mir bewußt, daß ich ängstlich werde, wenn ich dies jetzt sage."

Th.: "Wie erleben Sie Ihre Angst?"

Kl.: "Ich höre meine Stimme zittern. Mein Mund fühlt sich trocken an. Ich rede in einer sehr verhaltenen Weise."

Th.: "Sind Sie sich dessen bewußt, was Ihre Augen im Augenblick tun?"

Kl.: "Mmh, ... ich merke, daß meine Augen wegschauen."

Th.: "Können Sie die Verantwortung für das, was Sie jetzt im Augenblick tun, übernehmen?"

Kl.: (verbessert sich) ... "daß i c h jetzt von Ihnen wegschaue."

Th.: "Versuchen Sie jetzt einmal, Ihre Augen zu s e i n; schreiben Sie den Dialog für sie."

Kl.: "Ich bin Mary's Augen. Ich fände es schwer, zu starr zu blicken. Ich springe auf und ab ..."

(Beispiel aus LEVITSKY und PERLS, 1970)

Hilft der Therapeut dem Klienten, sich auf seine Sinne wieder zu verlassen, dann hilft er ihm auf diese Weise gleichzeitig, zwischen der Realität 'dort draußen' und den selbst produzierten Fantasien (Ängste, Erwartungen etc.) in seinem Inneren zu unterscheiden:

Kl.: "Ich bin sicher, daß die anderen mich für das, was ich gerade gesagt habe, verachten!"

Th.: "Geh bitte im Zimmer herum und schau uns genau an. - Erzähl mir, was Du siehst, was Dir Deine Augen und n i c h t Deine Vorstellungen mitteilen."

Kl.: (nach einigen Augenblicken des Umhergehens und der inneren Exploration) "... Die meisten von Euch sehen wirklich nicht so aus, als ob Ihr mich ablehntet! - Einige unter Euch schauen sogar sehr warm und freundlich auf mich!"

Th.: "Was erlebst Du jetzt?"

Kl. "Ich bin jetzt entspannter als zuvor."

(Beispiel aus LEVITSKY und PERLS, 1970).

Die Übung 'Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit' ist einer in Worte übersetzten Meditation vergleichbar und ihre Rolle ist ähnlich der der freien Assoziation in der Psychoanalyse.

Der Akt des verbalen Ausdrucks trägt neben seiner Funktion als informatorische Grundlage zur Überwachung der Übung sowie für zu erfolgende Interventionen des Therapeuten zur Bewußtseinsübung, d.h. zum Prozess der Bewußtwerdung der eigenen Erlebnisinhalte bei: die Aufgabe, etwas von seinem Erleben zu kommunizieren, beinhaltet (in der Regel) wirklich auf den Gegenstand der Kommunikation geschaut zu haben.

4.4.2.2. Übertreibung und Wiederholung

Diese Intervention ist eng verknüpft mit 'awareness-continuum'-Übung (s.o.) und liefert dem Klienten die Möglichkeit, seine eigene Körpersprache besser zu verstehen.

Häufig führen Klienten unbeabsichtigte Bewegungen und Gesten aus, die allem Anschein nach eine bedeutsame Kommunikation darstellen; jedoch sind diese Gesten und Verhaltensweisen oft unentwickelt und unvollständig in der Ausführung, wie zum Beispiel die Bewegung eines Arms

oder die Berührung eines Beins. Der Therapeut bittet deshalb den Klienten, diese Bewegung in übertriebener Form zu wiederholen.¹ - Auf diese Weise wird die innere Bedeutung der verdeckten nonverbalen Signale offensichtlicher (ESSER, 1978, S. 161).

Analog dazu kann der Therapeut auch seinen Klienten bitten, bestimmte Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen zu wiederholen, die vom Klienten nebenher, d.h. offenbar ohne eine größere Bewußtheit geäußert wurden, während hingegen der Berater das Gefühl hat, daß es sich hier um wichtige Aspekte für den Klienten handeln könnte.

D.h., immer dann, wenn ein Klient etwas offensichtlich Bedeutungsvolles und Enthüllendes über sich mitgeteilt hat und anschließend versucht, es durch Lachen, Schulterzucken etc. in seiner Bedeutung herunterzuspielen oder aber vorgibt, er hätte es "nicht so gemeint", bittet der Therapeut den Klienten darum, noch einmal zu wiederholen, was er kurz zuvor gesagt hat; u.U. mehrere Male und mit steigender Lautstärke.

Diese Variante des "Übertreibungsspiels" hat eine Reihe wichtiger Auswirkungen: indem der Therapeut die "Wiederholungstechnik" wiederholt einsetzt, unterbricht er das übliche Verhaltensmuster eines Klienten, wichtige Auskünfte über sich selbst einfach nur "abzuspulen".¹

Bei der Durchführung und Bearbeitung von Problemlöseaufgaben fallen vielen Menschen in ein ihnen vertrautes, nichtadaptives Routineverhalten zurück: leitet man sie hingegen dazu an, aufmerksamer ihren impliziten Vermutungen und Annahmen "zuzuhören", dann ermöglicht man ihnen

¹ Insbesondere diese EaI sollte innerhalb des therapeutischen Prozesses - zumindest in den ersten Gesprächskontakten sparsam verwendet werden, da sie häufig intensiv und konfrontativ auf den Klienten wirkt und zu Ängsten und damit verbunden zu einer Unterbrechung seiner Selbstexploration führen kann.

gleichzeitig, die ihnen gestellte Aufgabe differenzierter und unter einem anderen Blickwinkel zu sehen und verhilft ihnen dazu, ihre Wahrnehmung neu zu strukturieren.

4.4.2.3. Aushalten von Gefühlen

Diese Intervention wird vom Therapeuten in solchen Situationen eingesetzt, in denen der Klient schnell über irgendetwas hinweggehen möchte bzw. nur kurz etwas andeutet, das nicht hinreichend geklärt bzw. nach Ansicht des Beraters von Bedeutung sein könnte; oder wenn der Klient sich auf ein Gefühl (Stimmung, Zustand) bezieht, das sehr unangenehm für ihn ist und das er gerne loswerden möchte (z.B. der Klient fühlt sich leer, verwirrt, frustriert, entmutigt). In einer solchen Situation bittet ihn der Therapeut: "Können Sie einen Augenblick stärker in dieses Gefühl hineingehen?", oder: "Bleiben Sie in Kontakt mit ihrem Gefühl!".

D.h. der Therapeut fordert seinen Klienten dazu auf, sich seinen Gefühlen - wie schmerzhaft oder wie intensiv diese auch für ihn sein mögen - zuzuwenden und das "Was" und "Wie" näher auf sich einwirken zu lassen, um es später dann näher auszuarbeiten.

Mithilfe dieser Intervention ermutigt der Therapeut den Klienten, eine - häufig schmerzhaft - Assimilation von gefühlsmäßigen Dimensionen seines (Er-)Lebens vorzunehmen.

4.5. Erlebnisaktivierende Interventionen der GEST: Methoden zur Förderung von Selbst-Verantwortung

4.5.1. Semantische 'Spiele'

PERLS' (1969 b) Überlegungen, daß der alltägliche und allgemein übliche Sprachgebrauch eine gespaltene und depersonalisierte Beziehung zu uns selbst sowie zu unserer Umwelt fördere, hat zur Entwicklung einer Reihe von verbal orientierter Interventions-'Techniken' - den sog. Language Games ('Gestalt Linguistics') - geführt:

"S e l b s t v e r a n t w o r t u n g als therapeutisches Ziel ... liegt den sog. Language-Games zugrunde, die von PERLS aus der Erfahrung heraus entwickelt wurden, daß zwischen der Struktur der Sprechgewohnheiten und der Persönlichkeit eine enge Verknüpfung besteht. Die Essenz der 'Language-Games' besteht für den Sprecher in der U m f o r m u l i e r u n g depersonalisierter, zumeist unbemerkter und oft sozial üblicher Sprachh a b i t s in eine persönliche Aussage, in der der Sprecher volle V e r a n t w o r t u n g für den Inhalt übernimmt" (PASSONS, 1975, zitiert in SÜSS & MARTIN, S. 2737).

Der sprachliche Ausdruck gibt häufig Aufschluß darüber, inwieweit ein Klient Verantwortung für seine eigenen Gefühle, Gedanken, Handlungsweisen und Werturteile übernimmt und bewußt zu ihnen stehen kann, anstatt sich von den Erwartungen und Bewertungen anderer Personen abhängig zu machen.

Andererseits liegt gerade in diesem depersonalisierten Sprachgebrauch, in seiner Ambivalenz und vor allem in seiner Ambiguität der Grund für viele persönliche Schwierigkeiten. Therapeutisches Ziel bei der Verwendung solcher Interventionen, die den Klienten auf unterschiedliche Art und Weise (s.u.) zu einer Veränderung und Umformung seines Sprachgebrauches auffordern, besteht also darin, diesem zu helfen, stärker zu präzisieren, was er w i r k l i c h sagen will oder meint; sie bringen ihn

gleichzeitig dazu, zwischen dem F ü h l e n von und dem intellektualisierenden E r k l ä r e n der Bedeutung von Gefühlen zu unterscheiden, und helfen, die Distanz zu den eigenen Mitteilungen und Handlungen zu verringern.

4.5.1.1. Sprachliche Äußerungen¹

Das Beachten und Ansprechen der sprachlichen Äußerungen des Klienten ist eine Möglichkeit, die auch dann eingesetzt werden kann, wenn der Therapeut nur wenig Erfahrungen mit Gestalttherapiearbeit hat.

Das Eingehen auf verbale Ausdrücke hilft dem Klienten häufig, zu erkennen, was für ihn inhaltlich hinter seinen eigenen Äußerungen steht. Neben dieser awareness-steigernden Funktion hat diese Arbeit zusätzlich die Funktion, dem Klienten die eigene Verantwortlichkeit erlebbar zu machen.

Bei der Arbeit mit dem verbalen Ausdruck sollte der Therapeut besonders auf Klienten-Äußerungen achten, die

- das Gesagte in irgendeiner Weise einschränken bzw. relativieren (z.B. ziemlich, eigentlich, relativ, wenigstens),
- dazu beitragen, daß ein bestimmter Sachverhalt nur vage ausgedrückt wird (z.B. vielleicht, das könnte sein, ich glaube),
- auf eine Widersprüchlichkeit hinweisen (z.B. ja ... aber, natürlich ... allerdings),
- verallgemeinern (z.B. immer, nie, alle, niemand).

Ein Ansprechen derartiger Äußerungen führt häufig dazu, daß der Klient registriert, daß er sich seiner Gefühle nicht deutlich bewußt war bzw. sie nicht wahrhaben wollte.

¹ Diese Interventions-'Klasse' findet sich nicht innerhalb des Klassifikationsmodelles von COCHRANE und HOLLOWAY; sie wurde hier von uns hinzugefügt (vgl. dazu RAHM, 1979).

4.5.1.2. 'ICH'-Sprache

Diese gestalttherapeutische Technik befaßt sich damit, inwieweit sich die Bereitschaft zur Übernahme von persönlicher Verantwortung für eigene Gefühle und eigenes Verhalten in Wortwahl und Satzkonstruktion widerspiegeln. - So ist für die meisten Menschen selbstverständlich (geworden), sich auf ihren Körper, ihr Verhalten, sich selbst in einer - distanzierten - dritten Person, d.h. in der 'ES'-Sprache, zu beziehen:

"Was fühlst Du in Deinem Auge?" - "Es tut weh."

Weitere wichtige Sprach'muster' bestehen im Gebrauch von Verallgemeinerungen. Einige der häufigsten sind - neben der ES-Sprache -: 'man', 'wir', 'ihr', 'die anderen' usf.

Verallgemeinerungen können Mittel sein, die Übernahme persönlicher Verantwortung zu vermeiden.

Durch das einfache, und - anscheinend - rein technische Mittel einer Umformung eines verallgemeinernden Sprachgebrauches in eine (persönlichere) 'ICH'-Sprache lernt der Klient, sich enger mit seinen Gefühlen und Verhaltensweisen zu identifizieren und die Verantwortung dafür zu übernehmen.

D.h., ist der Klient bereit, eine solche Umformung auf Bitte seines Therapeuten hin vorzunehmen, dann wird er sich auf die Dauer eher als eine Person sehen und erleben, die aktiv handelt, ihr Verhalten und ihre Gefühle bestimmt und auf die Umwelt einwirkt, denn als ein passives Wesen, dem Ereignisse auf schicksalhafte Weise widerfahren.

4.5.1.3. Veränderung von Verben ("Ich will nicht ...")

Es existieren neben der o.g. Technik (Gebrauch der ICH-Sprache) eine Reihe weiterer gestalttherapeutischer semantischer Regeln:

Sagt z.B. ein Klient: "Ich kann das nicht (tun)!", wird der Therapeut ihn bitten, statt dessen zu sagen: "Ich will das nicht (tun)!"

Innerhalb der Gestalttherapie bedeutet 'kann nicht' in Wirklichkeit 'Will nicht', und zwischen beidem besteht ein grundlegender Unterschied: eine 'Kann-nicht' - Aussage drückt 'Unmöglichkeit' (d.h. Nicht-Verantwortung) aus, eine 'Will-nicht'-Aussage impliziert Entscheidungsmöglichkeiten und somit auch die Übernahme von persönlicher Verantwortung.

Mit anderen Worten: durch das Mittel einer Veränderung oder Umformung von Verben, bzw. ihrer Substitution durch solche, die die eigentliche Intention des Klienten stärker auszudrücken in der Lage sind, wird dieser eher lernen, zwischen solchen Situationen oder Ereignissen zu differenzieren, in denen er - sprachlich - bereit ist, Verantwortung zu übernehmen, und solchen, in denen er sie vermeidet.

4.5.1.4. Formulierung von 'Aussagen' anstelle von 'Fragen'

Gestalttherapeutische Interventionen befassen sich zu einem nicht unerheblichen Teil mit dem Bedürfnis der Klienten, Fragen zu stellen. - Ein aufmerksames Zuhören seitens des Therapeuten enthüllt oft, daß der Klient in der Rolle des Fragenstellers in Wirklichkeit keinerlei Informationen benötigt und/oder, daß die von ihm gestellten Frage gar nicht notwendig sind, oder daß sie auf Faulheit und Passivität seitens des Klienten zurückzuführen sind.

Der Therapeut fordert in solchen Fällen den Klienten auf, diese Frage in eine Aussage umzuformulieren, damit er selbst feststellt, welche Absicht er denn nun hinter dieser Frage verbergen wollte.

4.5.2. Dialog-'Spiele'

4.5.2.1. Der "Innere Dialog"

Um ein integriertes Funktionieren eines Individuums zu bewirken, sucht der Gestalttherapeut nach Brüchen und Spaltungen, die sich in der Persönlichkeit eines Klienten manifestieren. Selbstverständlich ist jede Diagnose einer Spaltung der Persönlichkeit, die der Therapeut herausfindet gleichzeitig abhängig von seinem theoretisch-praktischen Bezugsrahmen und von seiner Beobachtungsfähigkeit.

Eine der hauptsächlichen und häufig anzutreffenden Spaltungen besteht nach Auffassung der Gestalttherapeuten in dem Konflikt zwischen dem sog. "Top-Dog" einerseits und dem "Under-Dog" andererseits.

Der "Top-Dog" stellt - vereinfacht gesprochen - ein gestalttherapeutisches Äquivalent des psychoanalytischen Über-Ich dar. - Der Top-Dog moralisiert, verurteilt und ist "spezialisiert" auf "Du solltest ..."-Formulierungen. - Der "Under-Dog" neigt dazu, sich zu entschuldigen für die Hinauszögerung bestimmter, von ihm geforderter Verhaltensweisen Gründe zu finden und allgemein auf eine passive Weise resistent zu sein.

Trifft der Therapeut auf einen solchen Bruch oder Konflikt in der Persönlichkeit des Klienten, dann bittet er den Klienten, einen gegenwartsorientierten aktuellen Dialog zwischen diesen beiden Seiten seines eigenen Selbst zu führen. - Der Klient kann dies geeigneterweise in der Form tun, daß er gleichzeitig mit dem jeweiligen Rollenwechsel auch den Stuhl wechselt, d.h. also, immer zwischen zwei Stühlen hin- und herwechselt.

Dies setzt voraus, daß sich der Betreffende mit der jeweiligen 'Rolle', 'Person', 'Aspekt seines Selbst' usf. auch wirklich identifiziert.

Dasselbe Dialogspiel kann auch für jede weitere wichtige Spaltung innerhalb der Persönlichkeit des Klienten eingesetzt werden (zum Beispiel um seinen Konflikt zwischen dem aggressiven und dem passiven Teil, oder zwischen dem maskulinen und dem femininen Teil etc. seiner selbst zu bearbeiten).

Zu gegebener Zeit kann das Dialogspiel auch dazu verwendet werden, verschiedene Teile seines Körpers zum Beispiel die rechte und die linke Hand miteinander in Kontakt, d.h. in dialoghaften Austausch, zu bringen.

Der Dialog kann ebenso zwischen dem Klienten und einer nichtanwesenden, für ihn bedeutsamen Person entwickelt werden. Der Klient richtet sich einfach in seinen verbalen Mitteilungen an diese Person, als ob sie aktuell gegenwärtig wäre, stellt sich deren Reaktionsweisen vor, reagiert auf diese Reaktionen etc.

PERLS (1969 a) war der Meinung, daß eine Reihe von Klienten einen großen Teil ihrer Zeit damit verbringen, im voraus zu überlegen und zu planen, was sie in ihren gewöhnlichen sozialen Rollen tun oder sagen werden. Er bezeichnet ein solches Verhalten als "Rollenspiel". - Innerhalb der Therapie führen Klienten häufig ähnliche 'Rollenspiele' durch, in denen sie durchproben, was sie in der Therapiesitzung tun oder sagen möchten. - Solche Klienten werden ebenfalls dazu ermutigt, ihren inneren Dialog in Form des hier dargestellten Dialog-Spiels darzustellen, um auf diese Weise sich dessen bewußt zu sein, wie sie sich für ihre sozialen Rollen vorbereiten.

4.5.2.2. 'Centering' - "Aussöhnung von Gegensätzen"

Der 'Innere Dialog' kann u.a. auch bei direkten Entscheidungsfragen eingesetzt werden, indem der Klient abwechselnd zwei alternative Einstellungen vertritt, die sich miteinander auseinandersetzen bzw. sich gegenseitig von der 'Richtigkeit' ihrer (jeweiligen) Position überzeugen sollen.

Beide Seiten können vom Berater unterstützt oder stimuliert werden, so daß der Klient eine möglichst große Bandbreite von Gefühlen und Gedanken wahrnehmen kann. Im Anschluß an diese Art des 'Inneren Dialoges' wird der Klient aufgefordert, beide Seiten noch einmal miteinander sprechen zu lassen, aber diesmal unter dem Gesichtspunkt, sich miteinander zu 'arrangieren'.

4.5.3. Übungen zur Interpersonellen Direktheit

4.5.3.1. 'Ich und Du'

Klienten verhalten sich oft so, als ob ihre Worte an die Wand oder in die Luft gerichtet seien. Wird ein Klient gefragt "Zu wem sagen Sie das?", muß er seiner Abneigung oder seinem Widerstand, diese Botschaft direkt und eindeutig an den Empfänger (der Therapeut, eine oder mehrere in der Therapie mitanwesenden Personen, eine fiktive Person etc.) zu richten, 'ins Gesicht sehen'.

Auf diese Art und Weise wird der Klient häufig dazu angeleitet, den Namen des Betreffenden auszusprechen und/oder ihn direkt dabei anzuschauen. Wenn nötig, wird der Klient zu Beginn jedes einzelnen Satzes gebeten, sich des Unterschiedes zwischen dem 'Zu-Jemandem-sprechen' und dem 'Über-Jemanden-sprechen' bewußt zu sein. - Der Klient wird darüber hinaus oft dazu aufgefordert, zu entdecken, ob seine Stimme und Worte wirklich den anderen erreichen: 'Berührt er mit seinen Worten tatsächlich den anderen?'; 'Inwieweit ist er dazu bereit, den anderen mit seinen Worten zu erreichen?'; 'Beginnt er einzusehen, daß seine phobische Vermeidung, mit anderen in Beziehung zu treten und echten Kontakt mit ihnen einzugehen, in gleicher Weise in seinen stimmlichen Mechanismen und in der Form seines verbalen Verhaltens manifest wird?' etc.

4.5.4. Übungen zur Übernahme von Verantwortung

4.5.4.1. 'Aufmerksam machen' ('Feedback')

Ähnlich wie bei der Intervention 'Übertreibung und Wiederholung' geht es hier darum, den Klienten auf Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen aufmerksam zu machen, von denen der Therapeut annimmt, daß sie für diesen von Bedeutung sind (ohne daß der Klient sie jedoch selbst bewußt erlebt).

Es gibt eine Fülle methodischer Möglichkeiten, von denen hier einige in Form von Beispielen dargestellt werden sollen (RAHM, 1979):

- Dem Berater fällt beim Klienten etwas auf, auf das er ihn aufmerksam machen möchte:
- Dem Berater fallen beim Klienten Diskrepanzen (insbesondere zwischen verbalem und nicht-verbalem Ausdruck) auf, und er macht ihn darauf aufmerksam:
- Der Berater registriert beim Klienten Lücken im Fühlen, Denken oder Handeln und macht ihn darauf aufmerksam:

4.5.4.2. Anbieten einer Therapeuten-Aussage ("Feed-a-sentence")

Ist der Therapeut der Meinung, daß ein Klient einen bestimmten Sachverhalt sehr implizit und undeutlich ausgedrückt oder angesichts dessen, was er soeben dem Therapeuten mitgeteilt hat, ziemlich verwirrt ist, dann sagt er zu ihm: "Ich möchte Ihnen jetzt gerne eine Formulierung (einen Satz) vorschlagen, der mir besonders zutreffend erscheint. - Schauen Sie einmal, ob diese Formulierung auf das zutrifft, was Sie mir gerade mitgeteilt haben."

Das heißt, dem Klienten wird vom Therapeuten ein gefühls-spezifischer Inhalt in Satzform angeboten, der nicht unbedingt mit der vorangegangenen Klientenäußerung identisch ist, von dem aber der Therapeut glaubt, daß er das ausdrückt, was der Klient eigentlich sagen möchte. Der Klient wird dabei gebeten, diesen Satz mindestens einmal zu wiederholen; spiegelt dieser Satz nicht oder nicht genau die Gefühle des Klienten wider, wird der Klient gebeten, diese Äußerung so lange zu verändern, bis seine Empfindungen dadurch zutreffend ausgedrückt werden.

Spricht ein Klient die ihm vom Therapeuten angebotene Äußerung zu sich selbst nach, kann er gleichzeitig seine innere Reaktion darauf testen; erfolgt bei ihm keinerlei innere Resonanz auf den Satz, kann er ihn ablehnen; oder aber die Äußerung ist so bedeutsam für den Klienten, daß sie ihm neue Bereiche seiner selbst zugänglich macht (vgl. FINNEY, 1972).

Solche "Prompts" sollten zwar sehr eng am Gefühlsausdruck des Klienten orientiert sein, aber ein wenig weiter in die Richtung, in die er sich bewegt, weisen. - Drückt ein Klient das ihm vom Therapeuten angebotene Gefühl selbst aus bekommt er ein viel unmittelbarereres Empfinden dafür, unabhängig davon, ob die ihm offerierte Äußerung zutrifft oder nicht.

4.6. Zentrale Merkmale der erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext

Wir wollen hier noch einmal die 'EaI' aus dem gestalttherapeutischen Kontext in ihren wesentlichen Merkmalen charakterisieren, um sie auf diese Weise besser von einem klientenzentrierten Therapeutenverhalten abgrenzen zu können.

Erlebnisvertiefende bzw. -aktivierende Interventionen mit ihrer Rationale, die Aufmerksamkeit auf den inneren Prozess des Klienten zu lenken, um ihn stärker an seinem Erleben teilnehmen zu lassen, sind:

- direktiv, d.h. sie implizieren (zumindest zeitweilige) aktive Führung und Schwerpunktsetzung durch den Therapeuten;
- konfrontativ, d.h. sie stellen den Klienten d i - r e k t seinem tatsächlichen inneren Erleben - weniger oft seiner objektiven Umwelt - gegenüber; oft impliziert dies eine Konfrontation mit einer neuen und ungewöhnlichen Sichtweise;
- extraverbal, d.h. sie zielen auf die non- und paraverbalen Mitteilungen des Klienten und lassen ihn z.B. eigene (verbale und non-/paraverbale) Verhaltensweisen sowie ihre Beziehung zueinander (Diskrepanzen und Intensitätsunterschiede zwischen beiden Ebenen der Mitteilung) deutlicher ins Bewußtsein rücken;
- gegenwartsbezogen, d.h. sie richten sich auf das a k t u e l l e Erleben des Klienten;
- direkt an den Gefühlen (und weniger an den Kognitionen) des Klienten orientiert und sprechen häufig 'vorbewußte' Sachverhalte beim Klienten an;
- körperbezogen, d.h. sie leiten den Klienten an, seinen motorischen Prozessen sowie seinen psychosomatischen Empfindungen stärkere Beachtung zu schenken und ihnen Ausdruck zu verleihen;
- handlungsorientiert, d.h. sie fordern den Klienten auf, Risiken einzugehen und mit seinem Verhalten zu experimentieren.

5. DIE EINBEZIEHUNG GESTALT THERAPEUTISCHER 'EAI' IN DEN KONTEXT DER KLIENENZENTRIERTEN GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

5.1. Darstellung bisheriger Integrationsversuche

Im Zusammenhang mit der Tendenz zur Kombinierung von Elementen und Interventionen aus dem Kontext der GPTH sowie der GEST lassen sich - bei genauerer Betrachtung - zwei Entwicklungsrichtungen voneinander unterscheiden:

- die eine stellt eine Fortsetzung der bei GENDLIN begonnenen Entwicklung dar, das klientenzentrierte Konzept in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit zu stellen, zugleich jedoch zur Erreichung des Zieles, den Klienten erlebnismäßig zu involvieren, auch (erlebnisaktivierende) Methoden und Interventionen anderer 'Schulen', speziell aus dem Rahmen der GEST, in ihren Kontext aufzunehmen: es handelt sich hierbei (nach wie vor) um einen klientenzentrierten und erlebensorientierten therapeutischen Ansatz, dessen 'Rationale', "das Erleben des Klienten zu vertiefen", die Einbeziehung erlebensorientierender Interventionen und Methoden aus anderen Zusammenhängen eher unter einem p r a g m a t i s c h e n Gesichtspunkt betrachtet (vgl. etwa GENDLIN, GREENBERG, McMULLIN, RICE und STUART in den USA, sowie DARGEL, ESSER, HEINERTH, PAVEL und PFEIFFER in der BRD).

- Als Vertreter einer differierenden Entwicklungsrichtung sind COCHRANE und HOLLOWAY (1974) anzusehen; ihnen geht es bei ihrer Entscheidung für eine Kombination von gesprächs- und gestalttherapeutischen Elementen zwar auch darum, die Erlebensintensität des Klienten zu erhöhen bzw. darauf einzuwirken, daß ein solcher Prozess in Gang kommt und solange wie möglich aufrechterhalten bleibt, - dies jedoch in Form eines genuin 'integrativen Vorgehens' zu tun.

Insbesondere geht es ihnen um eine genauere Beschreibung und Bestimmung dessen, was i.S. eines 'komplementären Ansatzes' die klientenzentrierten Anteile einerseits und die gestalttherapeutischen Anteile (d.h. nicht nur die 'Interventionen'!) zu leisten imstande sind. D.h. die Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden bezweckt, den Gesichtspunkt der K o m p l e m e n t a r i t ä t beider therapeutischer Ansätze stärker in den Vordergrund zu rücken.

In ihren Überlegungen bemühen sich die Autoren um ein übergreifendes, zunächst jedoch noch sehr pragmatisches und nur in Ansätzen ausgearbeitetes Erklärungs- und Handlungsmodell für eine 'integrative therapeutische Praxis' aus GPTH und GEST: ihrer Auffassung nach handelt es sich bei beiden therapeutischen Ansätzen um komplementäre Therapiemodelle mit z.T. beträchtlichen theoretischen und praktischen Überschneidungen. Sie lassen sich unter dem Ziel kombinieren, das Erleben des Klienten zu vertiefen (s.o.), sind aber durchaus auch anderen Zielvorstellungen unterzuordnen.

Wir werden uns aus zwei Gründen nicht weiter mit der letztgenannten Entwicklung hier befassen, wenngleich die Intention dieses Ansatzes sich in Richtung der Bemühungen um eine 'Integration verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen' bewegt, welche "... von einem übergeordneten Strategiewissen gesteuert werden sollte" (KRAUSE, 1976, S. 208 f.; vgl. dazu auch KAMINSKI, 1970):

1. stellt sich die Frage, inwieweit der praktische Niederschlag des sog. integrativen Rahmenmodells von COCHRANE und HOLLOWAY tatsächlich zu einer anderen und in wesentlichen Punkten differierenden Form der therapeutischen Praxis als die 'eklektizistischen Modelle' (GENDLIN, PAVEL u.a.) führt, und
2. werden wir im Rahmen unserer empirischen Untersuchung mit der Überprüfung des erstgenannten Ansatzes befaßt sein, um überhaupt erst einmal der Beantwortung der Frage nachzugehen, ob und inwieweit diese Form des eklektizistischen therapeutischen Vorgehens einer reinen klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Praxis in bezug auf die Evozierung von 'Erleben' vorzuziehen ist.

Eingehender und ausführlicher als GENDLIN (1978) setzen sich HEINERTH (1976), PFEIFFER (1976), STUART (1976) sowie DARGEL (1976) mit den Ansätzen in der GPTH und der GEST auseinander, wobei es ihnen (s.o.) in erster Linie darum geht, EaI aus dem Kontext der GEST in die klientenzentrierte gesprächspsychotherapeutische Arbeit einzubeziehen (vgl. ESSER, 1979).

Im Zusammenhang mit der Diskussion einer möglichen 'Kombination' von GPTH und Elementen ('EaI') der GEST vergleicht STUART (1974, 1976) beide therapeutische Schulen miteinander und versucht, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede (ähnlich wie bei COCHRANE und HOLLOWAY, 1974) herauszuarbeiten.

Zwischen der GPTH und der GEST bestehen ihrer Meinung nach folgende Gemeinsamkeiten:

- sie orientieren sich am Existentialismus und einer phänomenologischen Betrachtungsweise von Ereignissen;
- beide betrachten 'die Person' als eine Einheit und zielen eher auf die Selbstaktualisierung des Einzelnen als auf eine symptomzentrierte Behandlung;
- beide 'Schulen' betrachten ein Therapeutenverhalten, das von 'humanness' und 'genuineness' getragen wird, als Grundlage für eine erfolgreiche Therapie; sie lehnen es ab, "den Therapeuten als Experten zu betrachten";
- beide gehen von der "Idee der reifen Person" und der "Idee des kontinuierlichen Wachsens und der Kreativität" aus;
- beide lassen sich von Annahme leiten, "daß der Klient imstande ist, selbst fruchtbare Lösungen zu finden";
- das 'Hier-und-Jetzt-Prinzip' stellt eine weitere wichtige Gemeinsamkeit dar: der Therapeut folgt dem Prozess des Klienten im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Situation;
- als entscheidender, verändernder Prozess in der Therapie wird sowohl in der GPTH als auch in der GEST das 'experiencing'¹ angesehen.

¹ "Die Äußerungen des Psychotherapeuten tragen sichtbar zu dem bei, was der Klient sagt, indem sie gefühlsmäßige Erlebnisinhalte tiefer ausdrücken, als der Klient selbst es konnte. - Der Psychotherapeut kommuniziert sein Ver-

Soweit auch die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und die Gestalttherapie in den hier aufgeführten Punkten (philosophischer Hintergrund; Therapieprinzipien; Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten) Ähnlichkeiten bzw. Gemeinsamkeiten miteinander aufweisen, so sehr unterscheiden sie sich doch in der konkreten praktisch-therapeutischen Arbeit.

Solche erlebensorientierten Ansätze - wie etwa bei HEINERTH, PFEIFFER und DARGEL (alle 1976) - in denen gestalttherapeutische Übungen und Interventionen i.S. erlebnisvertiefender therapeutischer Methoden innerhalb eines klientenzentrierten Zusammenhanges verwendet werden, beruhen in erster Linie auf der persönlichen Erfahrung einzelner Therapeuten und sind augenblicklich noch eher als 'Anregung' aufzufassen, die Sinnhaftigkeit einer Kombination beider 'Schulen' näher empirisch zu prüfen.

Neben einigen allgemeinen, z.T. sehr vagen und vorsichtigen Empfehlungen zur Einbeziehung gestalttherapeutischer Interventionen (vgl. besonders STUART, 1976, S. 223) gibt es Berichte über konkrete 'Techniken' und 'Interventionen' die - der subjektiven Einschätzung der betreffenden Autoren nach zu urteilen - erfolgreich im Kontext gesprächspsychotherapeutischer Arbeit verwendet wurden.

So stellt etwa PFEIFFER (1976) drei 'spezielle Interventionen' vor, die dem Repertoire der GEST entstammen, die sich "zwanglos in den Verlauf des Gespräches einfügen lassen" (S. 128).

Fortsetzung Fußnote 1 S. 74:

ständnis der Äußerungen des Klienten auf einem tieferen Niveau und befähigt damit den Klienten, Gefühle zu erfahren und/oder auszudrücken, die er vorher nicht ausdrücken konnte".

Zentrieren auf ein Gefühl

Das Zentrieren auf ein Gefühl ist hier **n i c h t** - wie etwa bei GENDLIN (1974) - eine das Gespräch unterbrechende Übung, sie stellt eine gelungene (wenn auch stark verkürzte) Verknüpfung der gestalttherapeutischen 'Awareness'-Intervention mit dem 'Aushalten' und der Intensivierung eines Gefühles dar:

"Sie fühlen sich ruhelos? ... Möchten Sie in das Gefühl hineingehen. ... es ganz intensiv spüren ..." (nach einer Pause): "Was sagt das Ihnen?"

Aufforderung zur Wiederholung

Diese Intervention ist mit der vorangegangenen eng verwandt und weist eine große Ähnlichkeit zur gestalttherapeutischen Intervention 'Wiederholung und Übertreibung' auf: der Klient wird aufgefordert, ein Wort, einen ganzen Satz oder eine spezifische Aussage, bei denen die Diskrepanz zwischen dem Inhalt und der Art und Weise des Ausdrucks deutlich ist, so lange zu wiederholen, bis beide Ebenen der Mitteilung deckungsgleich sind.

"In einem therapeutischen Gespräch fügt die Klientin in einem Bericht über die Beziehung zu anderen Menschen stimmlos ein: 'Ich möchte geliebt werden'. Darauf der Therapeut: 'Möchten Sie das lauter sagen? ... noch lauter?' So regt er die Klientin zu mehrfacher Wiederholung an, bis sie ihren Anspruch mit lauter, sicherer Stimme kundtut" (PFEIFFER, a.a.O., S. 128).

Aufforderung zur Konkretisierung

Bei der Konkretisierungs-Intervention werden abstrakte Vorstellungen bildhaft zu vergegenwärtigen, oder auch in körperlichen Ausdruck zu überführen gesucht.

Der Klient spricht über eine Entscheidungssituation, in der er sich augenblicklich befindet. - Um ihn dieses Problem im Augenblick der Therapie unmittelbar und leibhaftig erleben zu lassen, fordern die Therapeuten den

Klienten dazu auf, beide Möglichkeiten gegeneinander mit seinen Händen abzuwägen (vgl. PFEIFFER, a.a.O., S. 133).

Eine besondere Form der Konkretisierung stellt der 'Dialog' dar, in welchem der Klient abwechselnd die eigene Rolle und die des "Gegenspielers" übernimmt.

Die 'Darstellung einer Polarität' (in Form des 'Dialoges') wird auch von HEINERTH (1976) als eine erlebnisaktivierende Intervention (aus der Gestalttherapie) vorgestellt, die sich ebenfalls in der Regel ohne große Schwierigkeit in ein klientenzentriertes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen und den Gesprächsverlauf einfügen lassen.

5.2. Überlegungen zu Indikationsstellungen bei der Verwendung von 'EaI' im Kontext der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie

Betrachtet man das Gesamt der hier vorgestellten EaI - insbesondere aus dem Kontext der Gestalttherapie - als ein Instrumentarium, das im Rahmen der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie zur Intensivierung des Selbst-erlebens von Klienten herangezogen werden kann, dann stellt sich auch die Frage nach einer präziseren Indikation dieser Interventionen:

- bei welchen Klienten bzw. bei welchen Störungen sind - zusätzlich zum Klientenzentrierten Verhalten des Therapeuten - erlebnisaktivierende Interventionen indiziert ('symptomspezifische Indikation')?
- Läßt sich ein geeigneter Zeitpunkt für den (punktuel- len) Einsatz dieser Interventionen innerhalb einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bestimmen ('situationsspezifische Indikation')?

Eingedenk der Tatsache, daß die Bezeichnung 'Erlebnis-aktivierende Interventionen zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich einen Sammelbegriff für unterschiedliche Interventionselemente verschiedener Kontexte (vgl. S. darstellt, ist nicht erstaunlich, daß es (noch) keinen geschlossenen empirisch überprüften Indikationskatalog gibt.

Grundsätzlich scheinen EaI - wie sie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben wurden - immer dann indiziert zu sein, wenn es gilt, dem Klienten eine bewußtere und intensivere Form des Erlebens zu ermöglichen. Insbesondere scheinen sie bei Störungen im Erlebens- und Verarbeitungsprozess eines Klienten angezeigt (vgl. PAVEL, 1978).

ESSER, U. (1978), PFEIFFER (1976), STUART (1976) und HEINERTH (1976) setzen sich unterschiedlich konkret mit Fragen der Indikation auseinander.

HEINERTHs (1976) Überlegungen zur 'situationsspezifischen Indikation' erlebnisaktivierender Methoden entsprechen daher auch nur seinen persönlichen praktisch-therapeutischen Erfahrungen und spiegeln keine systematisch ermittelten empirischen Befunde wider:

"Ist der Klient von seinen Gefühlen weit entfernt, theoretisiert er, so erscheinen intensivierende Methoden angezeigt, ist er jedoch erregt und ängstlich, so sind konfrontierende Verfahren kontraindiziert" (S. 138).

Hinsichtlich der Frage nach der 'situationsspezifischen Indikation' des 'Focusing' ist GENDLIN (1974 a) der Auffassung, daß ihr Einsatz sinnvoll sei, wenn

- der Klient immer wieder um ein Thema herumredet und nicht in Kontakt mit seinem aktuellen Fühlen ist;
- der Klient etwas sagt, was offensichtlich sehr persönlich und bedeutungsvoll für ihn ist, dann aber zu etwas anderem übergeht und dieses Verhalten weiter fortsetzt, d.h. in kein für ihn wichtiges Gefühl wirklich hineinspürt;

- der Klient all das, was er klar sagen kann, gesagt hat und von diesem Punkt an für ihn alles weitere verwirrend ist und/oder er nicht weiß, wie es weitergehen soll;
- ein Klient es nicht schafft, aus dem Verhalten, lediglich Situationen zu beschreiben anstatt zu erfühlen, was sie für ihn bedeuten, herauszukommen.

Wir definieren hier vorläufig den 'geeigneten Zeitpunkt' für die Verwendung von EaI als dann gegeben, wenn das mit ungesteuerten, d.h. mit Körpersignalen bzw. den verbalen Mitteilungen verbundene Erleben nicht allzu sehr unterdrückt ('vorbewußt') ist, d.h. unbewußt abläuft.

Anders ausgedrückt: neben der situationsspezifischen Indikation (s.o.) ist es notwendig, daß die EaI

- (1) auf einer gesicherten, d.h. beobachtbaren und für den Klienten nachvollziehbaren Grundlage beruhen;
- (2) so beschaffen sind, daß der Klient in der Lage ist, sie zu verarbeiten (etwa in Abhängigkeit von seiner augenblicklichen psychischen Verfassung);
- (3) sie zugleich ein neues Informations-Input für diesen enthalten.

Neben seinen Überlegungen hinsichtlich einer allgemeinen situationsspezifischen Indikation (s.o.) gibt HEINERTH (1976) Hinweise auf eine 'symptomspezifische Indikation' erlebnisaktivierender Methoden:

- bei Ängstlichen und Non-Assertiven

Bei diesen Klienten ist von Beginn der Therapie an ein hohes Erregungsniveau vorhanden. - "Hier kommt es eher darauf an, die Klienten mit konkreten Gefühlen bei bestimmten Verhaltensweisen zu konfrontieren, wie es im Rollenspiel möglich ist. Das Erleben wird weniger intensiviert als strukturiert und so einer Verarbeitung besser zugänglich gemacht" (S. 138).

- Bei D e p r e s s i v e n

"Ich habe ermutigende Erfahrungen gemacht, depressive Klienten s o mit sich selbst zu konfrontieren, daß durchsichtig wurde, daß sie mit ihrem Verhalten ihren Partnern, und so auch mir, das Kommunizieren erschwe-

ren. (...) Depressive Klienten bekommen durch die Rückkopplung ihres eigenen Verhaltens Gelegenheit, ihr Erleben anders wahrzunehmen und zu bewerten" (S. 138).

- bei hysterisch-demonstrativen und somatisierenden Klienten

Hysterisch-demonstrativen Klienten könne mit einer angemessenen Rückmeldung des Wahrgenommenen geholfen werden. - Da wie bei ängstlichen und non-assertiven Klienten ein relativ hohes Erregungsniveau vorliegt, ist es wiederum w e n i g e r wichtig, das Erleben des Klienten zu intensivieren, sondern es statt dessen zu strukturieren und zu differenzieren, etwa in bezug auf die Echtheit seines Erlebens.

Die wenigen Hinweise hier zeigen, daß spezifischere, empirisch gesicherte Aussagen zur Beantwortung der Indikationsfrage noch ausstehen.

Für STUART (1976) sind Methoden bzw. Interventionen zur Aktivierung des Erlebens in der Psychotherapie bei folgenden Klientengruppen angezeigt:

- bei sehr kontrollierten, über-angepaßten, rationalisierenden Klienten¹, die sehr lange Zeit benötigen, um ihre inneren Widerstände ('Fassade') abzubauen. - Bei diesem Klientel ist ihrer Auffassung nach eine p r o v o k a t i v e Strategie nützlich (STUART, 1976, S. 233; vgl. dazu auch HEINERTH, 1976);
- bei Klienten mit schweren inneren Konflikten, die bereits zu Beginn der Therapie so 'blockiert' sind, daß sie sich ständig im Kreise drehen.- Auch hier s c h e i n e n provokative Interventionen (= GEST - EaI) zum Abbau der Blockierungen beizutragen, wenn- gleich diese Auffassung kontrovers ist (vgl. ESSER, 1979).

¹ SHEPHERD (1970) beschreibt sie als 'neurotisch-phobisch, perfektionistisch, ineffektiv und depressiv'.

Bereits bei der bei STUART (1976) letztgenannten Indikation ('Schwere internale Konflikte') gehen die Auffassungen zwischen ihr und HEINERTH (1976) sowie SHEPHERD (1970) und HARPER et al. (1976) auseinander.

Das liegt - wie bereits erwähnt - einerseits an der mangelnden empirischen Überprüfung der Indikationen, andererseits auch an dem Defizit in der Theorie erlebnisaktivierender Methoden ("welche Empfindungen lösen erlebnisaktivierende Methoden beim Klienten aus?" - "Welche Prozesse sind daran beteiligt, daß durch diese Interventionen Widerstände des Klienten überwunden werden?").

SHEPHERD (1970) sowie HARPER et al. (1976) weisen auf eine K o n t r a - Indikation erlebnisaktivierender Interventionen hin:

Ihren praktischen Erfahrungen zufolge, sind EaI - insbesondere aus dem Kontext der Gestalttherapie - nur mit Vorsicht bei ernsthaft gestörten, psychotischen oder unterkontrollierten Individuen einzusetzen.

Um die Bereitschaft zur Arbeit an seinen Problemen zu fördern und zu unterstützen, scheint die Realisierung der (aus dem Kontext der Gesprächspsychotherapie stammenden) Variablen der "Positiven Wertschätzung" und des "Einfühlenden Verstehens" (vgl. ROGERS, 1959 b) eine notwendige Voraussetzung einer eher konfrontativ ausgerichteten therapeutischen Vorgehensweise zu sein (vgl. dazu auch BOMMERT, 1977, S. 49 ff.; MARTIN, 1975).

5.3. Bisherige empirische Untersuchungen

5.3.1. Einleitung

Trotz der außerordentlichen Resonanz, die in den letzten Jahren (besonders seit den GPTH-Kongressen in Würzburg 1974 und Zürich 1975) die Entwicklung in Richtung eines stärker erlebensorientierten therapeutischen Vorgehens erfahren hat, ist die Zahl der empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit erlebnisaktivierender Methoden - im Vergleich dazu - verschwindend gering.

Die Gründe für das geringe Ausmaß an Therapieforschung, speziell von kontrollierten empirischen Untersuchungen klinischer Fragestellungen im Zusammenhang mit den EaI dürfte zum einen darin liegen, daß - als eine wesentliche Repräsentantin des erlebnisorientierten Ansatzes - die eigene (Selbst-)Erfahrung mit der Gestalttherapie der Er- und Vermittlung 'objektivierbarer' Untersuchungsbefunde vorgezogen wird.

Ein weiterer Grund ist in der Tatsache begründet, daß sich die GEST außerhalb der Hochschulen entwickelt hat und auch heute noch gelehrt und praktiziert wird. In dem Maße, wie sie Eingang in den akademischen Bereich finden wird, wird die Notwendigkeit und das Interesse an empirisch überprüften Aussagen über Ergebnisse und Prozesse der Psychotherapie - vermutlich - zunehmen (SÜSS/MARTIN, 1977).

Die zugeschriebene 'Ferne' zur sog. akademischen klinischen Psychologie zusammen mit dem Mangel an einer übergreifenden, stringenten und in sich konsistenten theoretischen Grundlage führt zudem wahrscheinlich auch dazu, daß ein geeigneter Orientierungsrahmen zum Vorgehen bei empirischen Studien fehlt (Welche Elemente sollen im Rahmen welcher Fragestellung untersucht werden? - Vgl. BOMMERT et al., 1978).

Aus den Veröffentlichungen der letzten Jahre sowohl in den USA als auch in der BRD, in denen es um die empirische Überprüfung der spezifischen Effekte von EaI - speziell aus dem Kontext der GEST - geht, haben wir diejenigen ausgewählt und nachfolgend dargestellt, die sich in besonderer Weise mit den Auswirkungen von EaI auf die Veränderung des 'Experiencing'-Niveaus von Klienten befassen - ein zentrales Thema der vorliegenden Arbeit.

Zu unterscheiden ist hierbei zwischen solchen empirischen Untersuchungen, in denen die Therapeuten-'Variable' 'Erlebnisaktivierende Interventionen' isoliert, d.h. ohne Einbettung oder 'Integration' in einen klientenzentrierten Kontext (etwa in Form einer reinen Therapieanalogiestudie) untersucht wurde (vgl. hierzu die Untersuchungen von BARRILEAUX und BAUER, 1976; GREENBERG und CLARKE, 1979, sowie GREENBERG und HIGGINS, 1980) und solchen Studien, in denen eine Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit ausgewählten 'EaI' kombiniert wird (vgl. hierzu die Untersuchungen von HAMPRECHT und SULEIMAN, 1979, sowie von PETRASCH-HÜTTL und WELK, 1979).

5.3.2. Empirische Befunde aus Untersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von EaI aus dem Kontext der GEST auf die Klientenvariable 'Experiencing'

BARRILEAUX und BAUER (1976) untersuchten die Auswirkungen eines wöchentlich 2-stündigen und über einen Zeitraum von zwei Monaten andauernden gestalttherapeutischen 'Awareness-Trainings' auf das 'Experiencing'-Niveau von 26 studentischen Versuchspersonen.

Es handelt sich dabei um eine gruppentherapeutische 'Behandlung', in der schwerpunktmäßig mit der 'EaI' 'continuum of awareness' (s. S. 58 unserer Arbeit) bearbeitet wurde.

Die Ergebnisse der Untersuchung lauten:

- (1) Das Experiencing-Niveau der Vpn wird weder durch eine Teilnahme an einer wöchentlich stattfindenden 'Awareness-Trainings'-Gruppe, noch durch die Teilnahme an einer unstrukturierten 'Encounter'-(Kontroll-)Gruppe erhöht.
- (2) Die (o.g.) unterschiedlichen 'Behandlungsbedingungen' in beiden Gruppen führen zu keiner unterscheidbaren Vertiefung des 'Experiencing'-Niveaus bei Vpn mit unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen ('repressers' vs. 'sensitizers').

GREENBERG und CLARKE (1979) untersuchten in Form einer Therapie-Analogiestudie empirisch die Auswirkungen der EaI 'Innerer Dialog' auf die Veränderung des 'Experiencing' und der 'self-awareness' von Klienten sowie den Zusammenhang zwischen einer Veränderung dieser Klientenvariablen und nachfolgenden Verhaltensänderungen.

Ausgangspunkt war eine Analyse von drei Fallstudien, deren Ergebnis lautete, daß die 'Dialog-Intervention' in Konfliktsituationen wiederholt zu signifikant höheren Experiencing-Niveaus als klientenzentrierte Therapeutenreaktionen führte.

Ziel der Untersuchung der o.g. Autoren bestand darin, den bei GREENBERG vorgenommenen Vergleich auf ein Gruppenanalogie-Design zu übertragen und zu überprüfen, inwieweit sich die auf der Grundlage einer Einzelfallstudie ermittelten Befunde bei einer größeren Stichprobe und unter kontrollierteren Bedingungen bestätigen ließen.

Wesentlicher Bestandteil dieser Untersuchung war der Vergleich einer 'Behandlung', in welcher im wesentlichen die

gestalttherapeutische EaI 'Innerer Dialog' von den Therapeuten eingesetzt wurde, mit einem klientenzentrierten Therapieansatz.

Bei den Vpn handelte es sich um klinisch ausgebildete Studenten der Psychologie mit einer Grundausbildung in klientenzentrierter Psychotherapie, jedoch ohne Kenntnis von Methoden der Gestalttherapie, mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren.

Vier Therapeuten (drei weiblich, ein männlich) mit therapeutisch-praktischen Erfahrungen zwischen zwei und sechs Jahren erhielten eine 50-stündige Intensiv-Ausbildung in der 'Dialog-Technik'. Das Niveau der Klientenzentrierten Qualifikation der vier Therapeuten war miteinander vergleichbar.

Die alternative Behandlungsform zum Einsatz der 'Dialog-Intervention' bestand darin, genau und einfühlsam die Gefühle des Klienten zu reflektieren.

Um die Vergleichbarkeit beider Behandlungsformen besser kontrollieren zu können, wurden die Vpn gebeten, zu Beginn jeder der beiden Therapiesitzungen einen persönlich bedeutsamen Konflikt zu benennen.

In einer Gruppen-Sitzung wurden allen beteiligten 'Klienten' die Focusing-Übung sowie der Focusing-Fragebogen (GENDLIN et al., 1968) vorgestellt.

Die 16 Vpn wurden per Zufall den vier 'Therapeuten' zugewiesen. Jeder dieser 'Therapeuten' verwendete bei zwei seiner Klienten den Klientenzentrierten Ansatz im ersten Kontakt und den Gestalttherapeutischen Ansatz ('Dialog') im zweiten Kontakt; diese Behandlungsreihenfolge wurde bei den folgenden zwei Klienten umgekehrt.

Jeder der Kontakte dauerte solange, bis entweder Klient und/oder Therapeut ihn beendeten; im Durchschnitt betrug eine Sitzung 35 Minuten.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die Annahme, daß, bezogen auf die Vertiefung eines gefühlsspezifischen Erlebens (Experiencing) sowie auf eine Veränderung der Awareness von Klienten, die 'Dialog-Übung' **w i r k - s a m e r** als ein einführendes klientenzentriertes Aufgreifen von Gefühlen ist.

Darüber hinaus konnte aufgewiesen werden, daß es sich bei der 'Tiefe des gefühlsmäßigen Erlebens (experiencing)' um einen veränderungs- und fortschrittsrelevanten Prozeß handelt, der bedeutsam mit dem verwendeten Erfolgsmessungs-Instrument ('Ziel-Erreichungs-Skala') korrelierte.

Die Befunde dieser Untersuchung lassen sich allerdings angesichts der Art der Vpn-Auswahl sowie der hohen durchführungsspezifischen sowie intellektuellen Anforderungen an diese 'Klienten' nur als eingeschränkt generalisierbar ansehen. Speziell dürften sie nur für solche Bevölkerungsgruppen repräsentativ sein, die (a) in der Lage sind, unmittelbar eine 'Arbeitsbeziehung' zu ihren Therapeuten herzustellen, und (b) diese als 'einfühlsam' und 'verständnisvoll' anzusehen.

In einer weiteren Therapieanalogie-Studie überprüften GREENBERG und HIGGINS (1980) die Auswirkung der EaI 'Innerer Dialog' im Vergleich zu einer Kombination aus klientenzentriertem Vorgehen und dem (punktuellen) Einsatz der (GENDLINschen) 'Focusing'-Übung (s. dazu S. unserer Arbeit) auf das 'Experiencing'-Niveau von 42 - ebenfalls - studentischen 'Klienten'.¹

Ihre Ergebnisse zeigen, daß

- (1) die EaI 'Innerer Dialog' im Vergleich zu der Behandlungskombination innerhalb der Kontrollgruppe (Klientenzentriertes Vorgehen plus punktueller Einsatz der 'Focusing'-Übung') zu einer signifikant größeren Vertiefung des 'Experiencing'-Niveaus führt;
- (2) beide Behandlungsbedingungen gegenüber einer nicht-behandelten Kontrollgruppe stärkere Veränderungen in Richtung eines vertieften 'Experiencing' sowie einer erhöhten 'self-awareness' bewirkte.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes am Psychologischen Institut der Universität Hamburg führten HAMPRECHT und SULEIMAN (1979) eine empirische Untersuchung an 28 Klienten durch, um die Wirkung der EaI 'Video-Feedback' - i.S. einer modifizierten Form der 'Dialog-Übung' (s.o.) -

¹ Das experimentelle Setting war identisch mit dem der Therapieanalogiestudie von GREENBERG und CLARKE (1979).

auf die Selbstexploration und das 'Experiencing', das Selbstkonzept, Körpervorstellungen sowie auf die Beurteilung der teilnehmenden Klienten nach Beendigung der Therapiesprache näher zu erforschen.

Die Klienten, von denen die meisten bedeutsame psychoneurotische Beeinträchtigungen aufwiesen, erhielten 6 Einzelgespräche mit gesprächspsychotherapeutisch ausgebildeten studentischen Therapeuten am Ende ihrer klinischen Ausbildung. - Bei 15 der insgesamt 28 Therapien wurden die Klienten im 3. und 4. Kontakt von einer Videokamera aufgenommen, die das Bild dann simultan auf einen Monitor übertrug, und gebeten, mit ihrem eigenen 'Videobild' in Kontakt zu treten, d.h. mit ihm bzw. über es zu sprechen.

Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und Stichproben davon wurden hinsichtlich des Klientenverhaltens eingeschätzt (Experiencing und Selbstexploration). Die Intrapersonelle Kommunikation, ihr Selbstkonzept und Körperbild wurden mit entsprechenden Fragebogen beim Vor- und Nachtest erhoben.

Im Vergleich zu einer rein gesprächspsychotherapeutisch (d.h. ohne Videofeedback) behandelten Klientengruppe waren bei der Gruppe "gesprächspsychotherapeutische Behandlung plus simultanes Videofeedback" die Veränderungen im aktuellen Gefühlserleben (Experiencing) innerhalb der therapeutischen Behandlung signifikant günstiger, jedoch zeigten die Veränderungen in der Selbstexploration der Klienten keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Die Veränderungen im Selbstkonzept, in der intrapersonellen Kommunikation sowie in den Körpermerkmalen der Klienten aufgrund der therapeutischen Behandlung unterschieden sich nicht zwischen den beiden Untersuchungsgruppen, waren jedoch für die Gesamtgruppe günstig. Nach Gesprächen mit Videofeedback äußerten die Klienten keine Unterschiede bei der Nachbefragung, und zwar weder im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Gesprächen noch auf die Wahrnehmung von Beeinträchtigungen durch die Gespräche. Insgesamt waren die Klienten mit den Gesprächen zufrieden, wollten jedoch weitere Therapie für sich aufsuchen.

Aus den Untersuchungsergebnissen ziehen HAMPRECHT und SULEIMAN folgende Schlüsse:

- (1) Simultanes Video-Feedback in Form einer modifizierten 'Dialog-Übung' kann als ein 'erlebnisaktivieren-
des Verfahren' bezeichnet werden.

Ließen sich zwar bei den Variablen der Therapieerfolgs- sowie der Verlaufsmessung (Stundenbegleitbögen) keinerlei günstige Effekte der Verwendung dieser EaI nachweisen, so sprechen doch zumindest die Untersuchungsergebnisse deutlich gegen die Vermutung der Schädlichkeit der Verwendung von EaI.

- (2) Die Verwendung von EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie kann sich - bei ausreichendem Gefühl subjektiver Sicherheit des Therapeuten - innerhalb einer klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung als nützlich erweisen.

HAMPRECHT und SULEIMAN (1979) vermuten, daß klientenzentriert ausgebildete Therapeuten mit stärkerer gestalttherapeutischer Erfahrung diese Intervention mit größerem Erfolg einsetzen können.

PETRASCH-HÜTTL und WELK (1979) werteten eine - im Rahmen eines Forschungsprojektes unter Leitung von HEINERTH (vgl. dazu HEINERTH, 1981) - als Erkundungsstudie konzipierte empirische Untersuchung aus, in der es um die Überprüfung der spezifischen Auswirkungen gestalttherapeutischer EaI, die mit einem klientenzentrierten Vorgehen kombiniert wurden, auf die Klienten-Prozessvariablen 'Selbstexploration' und 'Experiencing' ging.

An dieser Untersuchung nahmen als 'Klienten' 20 Psychologiestudenten teil. Sie wurden über einen 8-wöchigen Zeitraum von vier Therapeuten behandelt, wobei jede der Sitzungen 25 Minuten dauerte. Einer der Therapeuten modifizierte sein therapeutisches Vorgehen, indem er erlebnisaktivierende Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext mit verwendete, während die anderen drei Juniorthérapeuten weitgehend 'klassisch' gesprächspsychotherapeutisch therapierten. Neben einigen standardisierten Meßinstrumenten wurden einige, noch nicht erprobte Verfahren in die Testbatterie aufgenommen, um sie auf ihre Verwendbarkeit zur Messung therapiebedingter Veränderungen hin zu prüfen. Zur Erfolgskontrolle wurde den Klienten eine Vor-, Nach- und Follow-Up-Testbatterie vorgelegt. Das Klienten- und

Therapeuten-Interaktionsgeschehen wurden von einem Rater-team anhand eines a priori operationalisierten Kategoriensystems eingeschätzt.

Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und den Klientenprozessvariablen 'Selbstexploration' und 'Experiencing' konnten für die 20 Klienten nicht nachgewiesen werden.

Hier waren lediglich tendenzielle Verbesserungen der 'mehr erfolgreichen' Klienten hinsichtlich ihrer Selbstexplorations- und Experiencing-Werte erkennbar.

In einer Prozessanalyse wurden die Interventionsformen aus den Therapien des 'erlebnisaktivierend' intervenierenden Therapeuten (s.o.) hinsichtlich ihrer differentiellen Wirkung auf Selbstexploration und Experiencing untersucht. Es konnten hier unterschiedliche Effekte der verschiedenen erlebnisaktivierenden Interventionsformen aufgezeigt werden: besonders einige gestalttherapeutische Interventionen ("Innerer Dialog"; körperbezogene Interventionen; Fragen nach emotionalen Befindlichkeiten; Zuweisung von Verantwortung) versprechen eine Förderung der Selbstexploration und eine Intensivierung des Erlebensprozesses (Experiencing).

Die Befunde der Studie werden allerdings aufgrund einer Reihe von methodischen Unzulänglichkeiten in ihrer Aussagefähigkeit erheblich beeinträchtigt.

5.3.3. Kritische Evaluation der empirischen Untersuchungen

Von den 5 empirischen Untersuchungen (!) zum Thema 'Erlebnisaktivierung', die wir hier dargestellt haben, konnten lediglich in zweien (!) ein statistisch signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen der bzw. den 'EaI' und der Veränderung (i.S. einer Vertiefung) des 'Experiencing'-Niveaus der Klienten nachgewiesen werden.

Die einzig echte klinische Studie unter den hier dargestellten empirischen Untersuchungen (und dies noch mit Einschränkung im Hinblick auf die begrenzte Zahl der therapeutischen Kontakte) stellt die Arbeit von HAMPRECHT und SULEIMAN (1979) dar.

Nachfolgend haben wir eine Reihe von Kritikpunkten zusammengestellt, die Gesichtspunkte der 'Internen' sowie der 'Externen Validität' (vgl. BASTINE, 1976) betreffen, d.h. die Generalisierbarkeit der vorgelegten Befunde - z.T. erheblich - einschränken:

- Bei den Untersuchungen von GREENBERG und CLARKE (1979) sowie GREENBERG und HIGGINS (1980) handelt es sich um Analogie-Studien, die hinsichtlich ihrer Aussagekraft als eingeschränkt gelten müssen, da sie sich in wesentlichen Parametern von echten klinischen Stichproben unterscheiden (z.B.: Vpn-Auswahl, Symptomatik, Behandlungsdauer, Vorerfahrungen usw.).
 - Abgesehen von der Untersuchung von HAMPRECHT und SULEIMAN (1979) wurden in allen anderen empirischen Studien die Klientenstichproben aus studentischen Vpn (mit klinisch-psychologischer Ausbildung !) gebildet.
 - In allen Untersuchungen lag die Zahl der Gesprächskontakte bei weniger als 8 Kontakten (z.T. sogar nur bei 2 - 4 Gesprächen).
- D.h., daß hier keinerlei Hinweise auf kontaktspezifische Veränderungen gegeben werden können, wie sie möglicherweise unter den üblichen Bedingungen (10 und mehr Kontakte) zu erwarten wären.
- Die Dauer der einzelnen Therapiekontakte betrug in der Regel weniger als 30 Minuten.

Bei einer solchen zeitlichen Begrenzung der Kontaktdauer (gegenüber der allgemein üblichen von 45 - 60 Minuten) nimmt die Veränderung der Klienten-Prozessvariablen ('Experiencing', 'Selbstexploration', 'awareness') vermutlich einen anderen Verlauf als in zeitlich längeren Therapiesitzungen.

- In den meisten der hier referierten empirischen Untersuchungen fehlen nähere Angaben über die Symptomatik der 'Klienten'. - Kontrollierende Versuchsbedingungen auf seiten der Klienten wurden in den meisten Untersuchungen nicht explizit thematisiert.
- In vier von fünf Untersuchungen mangelt es an geeigneten Instrumenten sowohl der Therapieerfolgs- als auch der Verlaufsmessung. - Angesichts fehlender Nachuntersuchungen können in diesen Untersuchungen auch keine Aussagen über längerfristige Effekte (d.h. nach Beendigung der 'Behandlung') gemacht werden.

Die hier zusammengestellten und z.Zt. noch wenig überzeugenden Untersuchungsbefunde (was die 'Effekte' der verwendeten EaI betrifft), die zudem noch aus den aufgezeigten Gründen als in ihrer internen und externen Gültigkeit als erheblich eingeschränkt angesehen werden müssen, stehen in einem deutlichen Gegensatz zu der - mittlerweile - verbreiteten Ansicht (und deren Niederschlag in der therapeutischen Praxis), daß es sich bei erlebnisaktivierenden Interventionen - insbesondere aus dem gestalttherapeutischen Kontext - um hocheffiziente Methoden zur Evozierung und Vertiefung des aktuellen Erlebensprozesses von Klienten handele.

6. PROBLEME EINER 'INTEGRATION' VON KLIENTENZENTRIERTER
GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND ERLEBNISAKTIVIERENDEN
INTERVENTIONEN IN THEORIE UND PRAXIS

Wie wir bisher zu zeigen versucht haben, stellt eine Verknüpfung von EaI (insbesondere solcher aus dem GEST-Kontext) mit einem sog. additiven Klientenzentrierten Therapeutenverhalten¹ p o t e n t i e l l eine wichtige Erweiterung des Handlungsrahmens eines klientenzentriert vorgehenden Therapeuten dar.

Jedoch existieren noch keinerlei 'Regeln' für einen angemessenen Umgang mit einer solchen 'Kombination' aus Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen. Ebenso wenig gibt es eine verbindliche Übereinkunft bzw. definitive Aussage darüber, welche der EaI aus dem gestalttherapeutischen Kontext sich ohne Gefahr einer methodischen Kollision in die klientenzentrierte therapeutische Arbeit einfügen lassen.

Auf den folgenden Seiten wollen wir aufzuweisen versuchen, daß aus der Praxis solcher Ansätze, die eine K o m b i n a t i o n aus GPTH und EaI anstreben und realisieren, eine stattliche Zahl von Problemen entstehen, deren Beantwortung im Rahmen weiterer notwendiger empirischer Untersuchungen zur Ausübung sowie den Auswirkungen einer sog. Integrativen Praxis stärkere Berücksichtigung finden sollten.

Insbesondere handelt es sich dabei um Fragen, die daraus entstehen, daß

- die Auswirkungen erlebnisaktivierender Methoden insgesamt bisher noch zu wenig empirisch überprüft worden

¹ Vgl. dazu die Einschätzungsskala von CARKHUFF (1969) für 'Empathisches Verstehen des Therapeuten', Stufe 4.

sind ('Empirie-Defizit');

- es an einer übergreifenden Explikation des mit einer sog. Integrativen Praxis verbundenen Veränderungsprozesses mangelt ('Theoriebildungs-Defizit');
- die Indikation für den Einsatz von EaI noch weitgehend ungeklärt sind;
- die Alternativen therapeutischen Handelns sowie die Zahl der möglichen (situationsbezogenen) Indikationen (z.B. aufgrund einer größeren Wahrnehmungssensitivität für Klientenprozesse) zunehmen;
- es bei der Realisierung einer Kombination von Klientenzentriertem Vorgehen und EaI - möglicherweise - zu einer 'Paradigma-Kollision' kommt.

Sie beinhaltet z.B.: mangelnde Eindeutigkeit der therapeutischen Rationale und - als Folge - eine mangelnde Strukturierung therapeutischen Handelns; die Auswirkungen des Therapeutenverhaltens auf den Klienten werden undurchsichtiger. - Nicht zuletzt besteht auch die Gefahr einer (gegenseitigen) Neutralisation der durch klientenzentriertes bzw. erlebnisaktivierendes Vorgehen ausgelösten Effekte.

- die grundlegende Kenntnis über Wechselwirkungen, die aus der Verknüpfung differierender therapeutischer Vorgehensweisen resultieren, z.Zt. noch außerordentlich gering sind.

"Es sollte, um sich von diesen Kombinationsbestrebungen abzugrenzen, vorteilhafterweise von einer I n t e g r a t i o n verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen gesprochen werden. Für eine solche Integration sollte allerdings ein a l l g e m e i n g ü l t i g e s psychologisches Handlungsmodell vorausgesetzt werden können. Ein solches ist nur in Ansätzen in Sicht" (KRAUSE, 1976, S. 207; Unterstreichungen wurden vom Verfasser der vorliegenden Arbeit vorgenommen).

Wir möchten dieser von uns geteilten Auffassung von KRAUSE nicht ohne Ironie hinzufügen, daß die w.o. formulierten Fragen im übrigen längst vom therapeutischen 'Praktiker' mit Entschiedenheit beantwortet worden ist, nämlich in Richtung eines verstärkten Experimentierens mit den verschiedensten Kombinationen möglicher therapeutischer Ansätze.¹

6.1. 'Integration' oder 'Kombination'?

Unseres Wissens bestehen in der therapeutischen Praxis die unterschiedlichsten Kombinationsversuche von 'Schulen' und 'Techniken', denen entweder (a) aus subjektiver Überzeugung gewonnene 'übergeordnete Steuerungsmodelle' oder aber (b) ein umfassendes, aber wissenschaftlich nicht bestätigtes 'Alltagswissen' des Therapeuten zugrundeliegt (KRAUSE, 1976, S. 208). Dabei sind insbesondere zwei Formen der 'Kombination' weitverbreitet, die zugleich als wenig wünschenswert anzusehen sind; KRAUSE (1976) kennzeichnet sie mit den Begriffen (1) "orientierungsloser Eklektizismus", und (2) "theoretischer Reduktionismus".

Unter (1) versteht er den "Wechsel der therapeutischen Modelle und des ihnen entsprechenden Verhaltens ohne explizite Kenntnis und Überprüfung der Gründe des Modell-

¹ Wir verweisen auf eine Umfrage der 'Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG)' vom April 1976, deren Ergebnisse lauteten: "Den meisten Gesprächspsychotherapeuten scheint der klassische Rahmen ihres Konzeptes zu eng geworden zu sein: Nur 8,8 % der Gesprächstherapeuten therapieren 'klassisch', 59,7 % führen manchmal und 31,5 % häufig Modifikationen der klassischen Gesprächspsychotherapie durch. Bei diesen Modifikationen handelt es sich weitgehend um verhaltenstherapeutische (37,9 %), gestalttherapeutische (16 %) und tiefenpsychologische (14,7 %) Elemente. Mehr als 20 % ziehen noch Entspannungstraining hinzu" (GwG-info, 1976).

wechsels", unter (2) die "Verwendung von Interventionsmitteln aus anderen therapeutischen 'Schulen' als der 'eigenen', wobei die Erklärung über die Gründe der Nützlichkeit des fremden Änderungsmodells aus der eigenen bevorzugten Theorie stammen".

Es scheint unumgänglich zu sein, sich darüber klar zu werden, daß es sich bei Integrationsbemühungen, wie etwa zwischen Klientenzentriertem und erlebnisaktivierendem Vorgehen, eher um Methodenkombinationen¹ handelt, die weniger das Ergebnis theoretisch fundierter Überlegungen und Hypothesen bzw. deren empirischer Überprüfung sind, sondern die sich aus ganz bestimmten 'Grenz'erfahrungen mit einem reinen klientenzentrierten Vorgehen (vgl. BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ, 1979) entwickelten. - Anders ausgedrückt: auch hier ist davon auszugehen, daß eine solche 'integrative Praxis' - entwicklungsmäßig - ihrer theoretischen Fundierung vorangegangen sein dürfte.

Wenn sich also z.B. COCHRANE und HOLLOWAY (1974), STUART (1976) u.a. für eine Verschmelzung von klientenzentriertem und erlebnisaktivierendem Vorgehen aussprechen, dann stellt sich die Frage, inwieweit die dort unterstellten Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Zielvorstellungen tatsächlich auch vorliegen (vgl. SCHAUB, 1978, S. 63 f., STUART, 1974, 1976, sowie die Diskussion bei ESSER, 1979).

¹ Tatsächlich läßt sich hier - wenn überhaupt - statt des Begriffes 'Integration' eher der der 'Komplementarität' anwenden, d.h. mit dem Bedeutungsaspekt sowohl der 'Ergänzung' als auch der 'Beibehaltung' der jeweiligen 'richtungsspezifischen' Besonderheiten.

Eine solche begriffliche Differenzierung hebt u.E. gegenüber dem bisher verwendeten Sprachgebrauch in diesem Bereich präziser auf die Probleme ab, die sowohl innerhalb der Theoriebildung als auch innerhalb der praktischer therapeutischen Arbeit aus dem 'Komplement' von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen entstehen.

Eine 'Beweisführung', wie sie etwa SCHAUB (1978, S. 60 ff.) in Anlehnung an COCHRANE und HOLLOWAY (1974) hinsichtlich der Frage nach einer Kombination dieser beiden therapeutischen Ansätze vornimmt, spiegelt u.E. eher den Wunsch wider, daß beide Methoden idealiter und realiter miteinander vereinbar, d.h. kombinationsfähig seien.

"Gerade deshalb, weil diese beiden Ansätze sich in der Art des Auf-den-Klienten-Eingehens stark unterscheiden, in Zielsetzung und Menschenbild einander (aber) ähnlich sind, sind sie für eine Kombination geeignet" (SCHAUB, S. 66).

Neben der Tatsache, daß solcherlei Begründungen einer theoretischen und praktischen Kompatibilität 1. weniger hypothetisch denn spekulativ sind, und 2. den fragwürdigen Charakter eines ex post entwickelten Begründungs- und Explikationszusammenhangs aufweisen, steckt - bei genauerer Betrachtung - bereits in der Art der Formulierung (siehe obiges Zitat von SCHAUB) eine Kontradiktion, die darauf hinweist, daß der Sachverhalt 'Kombination' oder gar 'Integration' nicht unproblematisch ist.

Ob die in letzter Zeit gebräuchliche Anwendung des Begriffes 'klientenzentriert i.w.S.' sich als für die Überwindung der daraus resultierenden Folgen für Therapeut und Klient ausreichend erweisen wird, erscheint zumindest zweifelhaft (vgl. hierzu HEINERTH, 1976).

Die dort vorgeschlagene Einführung eines 'Kontraktes' zwischen Therapeut und Klient vor Beginn der gemeinsamen Arbeit, der den Klienten auf seine 'aktive Rolle', seine 'Selbstverantwortlichkeit' bei der Gestaltung des therapeutischen Geschehens hinweist, mag zwar i.S. einer größeren Transparenz zur Verringerung der entstehenden Probleme beitragen, ist aber zugleich ein unübersehbarer Indikator für die theoretischen und praktischen Schwierigkeiten, die bei einer Verknüpfung von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Eai aus dem gestalttherapeutischen Kontext wirksam werden, als daß sie das konzeptuelle Defizit und den Mangel an empirischer Überprüfung in grundlegender Weise aufhebt.

Uns scheint, daß die Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen sowie eine phänomenologische Betrachtung von Klientenzentrierter Psychotherapie und Gestalttherapie nicht hinreicht, um daraus eine klare Stellungnahme pro Kombination von klientenzentriertem gesprächspsychotherapeutischem Vorgehen und erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem Kontext der GEST abzuleiten. - Die therapeutische Rationale etwa, die beiden Ansätze gemeinsam ist, nämlich: das 'Hier-und-Jetzt' des Klienten zu beachten und zu thematisieren, wird in beiden Methoden sehr unterschiedlich realisiert; h i e r, d.h. in der p r a k t i s c h e n Realisation stecken auch die Gründe für ein 'konservatives' Herangehen an eine - wissenschaftlich begründbare - Verknüpfung klientenzentrierter und erlebnisaktivierender Anteile.

Auf der Vermutung eines 'Symptominteresses' eines Klienten (vgl. REICH, 1969, 1976) baut sich auch das Charakteristische erlebnisaktivierender Interventionen aus der GEST auf:

Sie zielen darauf ab, den Klienten in Kontakt mit seinem eigenen aktuellen Erleben zu halten bzw. ihm bewußt zu machen, an welchen Stellen er den Kontakt mit seinem gegenwärtigen Erleben unterbricht, d.h. v e r m e i d e t. Das bedeutet in der Praxis o f t, daß ein Therapeut - bei Verwendung dieser EaI - nicht umhin kommt, den Klienten mit unangenehmen Erlebnissen zu konfrontieren bzw. in seinem Vermeidungsverhalten zu frustrieren.

Zugleich bedeutet dies, daß hier in der P r a x i s therapeutisches Selbstverständnis und Verhalten besonders bei einem Therapeuten mit Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie miteinander in Konflikt geraten (können).

Es ist eher anzunehmen - und dies deckt sich mit unseren Beobachtungen und Erfahrungen aus der eigenen therapeu-

tischen Arbeit sowie der Ausbildung und Supervision von Therapeuten - daß sich mit einer systematischen Verknüpfung ('Kombination') von klientenzentrierter Therapie und erlebnisaktivierenden EaI (aus dem GEST-Rahmen) offenbar ein völlig neues und eigenständiges therapeutisches Grundmuster entwickelt, mit dem Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf seiten des Therapeuten, eine Erweiterung der möglichen situations-spezifischen Indikationen s o w i e eine Veränderung des Wirkungszusammenhanges (Theorie) einhergehen.

U.E. können die folgenden (Untersuchungs-)Fragestellungen dazu beitragen, den Gegenstand besser 'in den Griff' zu bekommen:

'Sind beide therapeutische Ansätze (Klientenzentrierte Psychotherapie / EaI aus dem Rahmen der Gestalttherapie)

- (a) in der Theorie,
- (b) hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung,
sowie
- (c) in ihrer Auswirkung auf Klient u n d Therapeut
tatsächlich miteinander k o m p a t i b e l?

('Wie läßt sich ggf. eine größere Kompatibilität beider Ansätze erreichen?' usf.).

6.2. Auswirkungen auf die therapeutische Rationale: zur Frage der 'Kompatibilität' von Klientenzentrierter Gesprächs-psychotherapie und EaI aus gestalttherapeutischem Kontext

Klientenzentrierte Psychotherapeuten lernen in ihrer Ausbildung, sich gegenüber ihren Klienten einfühlsam und eher rezeptiv zu verhalten. - Im Kontext eines stärker 'kombinierten' Vorgehens werden sie mit neuen und z.T. (konzeptuell) erheblich davon abweichenden Anforderungen

konfrontiert. Im wesentlichen handelt es sich dabei um Verhaltensweisen, die - wie bereits w.o. auf S. 97 angedeutet - ein größeres Maß an therapeutischer Initiative implizieren: z.B. von sich aus a k t i v zu werden, Situationen vorzustrukturieren u.a.m.

Ein Therapeut, der ernsthaft daran interessiert ist an seiner eigenen therapeutischen Praxis, wird kaum umhin kommen, sich darüber Gedanken zu machen, was es für ihn und den Klienten bedeutet bzw. an Auswirkungen hat, wenn er sich für ein methodenintegratives Vorgehen entscheidet, speziell: welche theoretischen Erklärungsprinzipien für seine nunmehr veränderte therapeutische Rationale herangezogen werden (müssen).

6.2.1. Zur Gefahr einer 'Paradigma-Kollision'

Wir haben bereits an anderer Stelle im Rahmen dieser Arbeit (s. S. 2 ff.) darauf hingewiesen, daß mit der Entwicklung von der konventionellen GPTH über eine erlebensorientierte Therapie (GENDLIN) bis hin zu einer Verbindung von Elementen aus der GPTH und der GEST auch eine Veränderung der explikativen Grundlagen sowohl für die vom Therapeuten gesetzten Bedingungen als auch hinsichtlich der beim Klienten induzierten Wirkung stattgefunden hat.

Wenngleich dieser Sachverhalt auf den ersten Blick trivial zu sein scheint, insofern als den meisten Praktikern bewußt ist, daß sie bei einer Kombination von GPTH und EaI 'irgendwie' etwas anderes tun, als wenn sie sich enger an ein orthodoxes klientenzentriertes Vorgehen halten, so scheint doch - andererseits - die tatsächliche Bedeutung der sich hier vollziehenden Entwicklung mit ihren Implikationen und handlungs- und theorierelevanten

Konsequenzen noch nicht deutlich geworden zu sein.¹

Unser Anliegen ist es an dieser Stelle, diese Zusammenhänge stärker aufzuhellen. Zur Erklärung der auf der Therapeutenseite realisierten Bedingungen wollen wir auf die Lerntheorie zurückgreifen, selbst wenn die Hinzuziehung lerntheoretischer Gesichtspunkte in der Regel die Schwierigkeiten etwa im Zusammenhang mit der Erklärung gesprächspsychotherapeutisch induzierter Verhaltens- und Erlebensänderungen nicht befriedigend zu lösen vermochte (vgl. dazu BOMMERT, 1975, 1977; GRÜNWALD, 1976; MEES, 1976).

BOMMERT (1975, 1977) beschreibt einige Lernprozesse, die für die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bedeutsam sein können. - Für den von uns beabsichtigten Zweck, zwischen dem klientenzentrierten Ansatz und den EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie zu differenzieren, scheint uns besonders das Prinzip der 'Gegenkonditionierung' geeignet zu sein.

Der Begriff der 'Gegenkonditionierung' bezieht sich auf folgenden Sachverhalt: Ein Reiz wird durch Kontiguität mit einer neuen bedingten Reaktion verknüpft, die mit der früheren bedingten Reaktion unvereinbar ist. Dieses Verfahren - in der praktischen Anwendung auch 'Systematische Desensibilisierung' genannt - dient im wesentlichen

¹ Diese Entwicklung ist selbstverständlich im Rahmen der Eklektizismus-Kritik der letzten Jahre (vgl. z.B. die diversen Beiträge zu diesem Thema in JANKOWSKI et al., 1976) aufgegriffen worden. - Uns scheint, daß die Kritik an der mangelhaften theoretischen Rahmgebung und Explikation eklektizistischer Kombinations- und 'Integrations'versuche zu einem nicht unerheblichen Teil deswegen an Wirkung einbüßte, weil u.E. nicht deutlich genug die spezifischen praktischen Auswirkungen diskutiert wurden.

dem gezielten Abbau von neurotischen Angstreaktionen: der Klient wird allmählich und in kleinen Schritten (in der Regel in sensu) an die gefürchtete und vermiedene Situation angenähert, während er die zur Angst antagonistischen Aktivitäten (Entspannungsübungen, Essen usw.) ausführt. - Es ist zu vermuten, daß ein solcher Prozess innerhalb der klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung wirksam wird, wenngleich hier eher von einer unsystematischen Desensibilisierung gesprochen werden muß, da kein systematisches (s.o.) 'Abarbeiten' der bedrohlichen Situationen erfolgt.

Es ist anzunehmen, daß durch die unbedingte Wertschätzung und Akzeptanz sowie durch das einführende Verstehen des Therapeuten auf seiten des Klienten mit Gefühlen wie Angst, Scham oder Schuld inkompatible Gefühle evoziert werden. Diese positiven Gefühle hemmen die Angstreaktionen, die in anderen Situationen auftreten, wenn der Klient über bestimmte Einstellungen, Bewertungen oder Ereignisse spricht. Durch diese Hemmung wird die Verbindung zwischen den angstausslösenden Reizen (z.B. auch Fantasien) und der Angstreaktion geschwächt.

Allerdings scheinen neuere, durch experimentelle Ergebnisse gestützte Erklärungsansätze geeigneter zu sein als das WOLPESche Modell der 'reziproken Hemmung' (WOLPE, 1972). - GOLDFRIEDs (1971) Ansatz ist so möglicherweise für die Erklärung gesprächspsychotherapeutischer Prozesse angemessener, da hier weniger eine Beseitigung spezifischer Angstreaktionen als vielmehr eine allgemeine Neuorientierung des Erlebens und Verhaltens herbeigeführt wird. - BIRBAUMER (1977) betont bei einem mittleren Erregungsniveau die Möglichkeit, die gefahrenfreien Informationen (Aspekte) einer Situation aufzunehmen und zu konsolidieren. Dieser Umbewertungsprozess wird durch kortikale Verstärkungsprozesse begünstigt, die bei einer mittleren Aktivierung wirksam werden.

HELLER und MARLATT (1969) weisen auf die Bedeutung des 'Diskriminationslernens' als Voraussetzung für Verhaltensänderungen hin. Es ist für das Individuum wichtig, zwischen den aversiven und den ungefährlichen Aspekten seiner Umwelt unterscheiden zu lernen und die Ereignisse zu

erkennen, d.h. zu identifizieren, die früher einmal bedrohlich oder aversiv waren, es aber in der Gegenwart nicht mehr sind.

Bei dem Klienten in der GPTH¹ wird durch seine intensive Auseinandersetzung mit seinem inneren Bezugsrahmen ein Prozess in Gang gesetzt, der nicht nur zu einer differenzierteren Wahrnehmung anderer Personen und äußerer Ereignisse führt, sondern auch zu einer genaueren Wahrnehmung der eigenen emotionalen Reaktionen. Dieser Prozess wird insbesondere durch die Erfassung und Verbalisierung impliziter Mitteilungsinhalte des Klienten (durch den Therapeuten) unterstützt und gefördert.

MARTIN (1975) und GRUNWALD (1976) stellen in Anlehnung an die Konflikttheorie von DOLLARD und MILLER (1950) einen differenzierteren Ansatz vor, in den verschiedene Lernprozesse als Erklärungsgrundlage für die Wirksamkeit einer GPTH eingehen.

MARTIN (1972/1975) geht davon aus, daß die GPTH eher bei internal motivierten Konflikten, bei denen die angstauslösenden Reize dem Individuum auf Grund seines Vermeidungsverhaltens nicht verfügbar und damit auch nicht unmittelbar abrufbar sind, indiziert ist.

Aufgabe des Gesprächspsychotherapeuten ist demzufolge, Annäherungstendenzen des Klienten zu stärken bzw. Vermeidungstendenzen zu schwächen; dazu ist es erforderlich, den Klienten in der Nähe angsterzeugender Reize zu halten, etwa durch ein intensives Sich-Einfühlen des Therapeuten in die Situation seines Klienten (damit der Prozess der Neuorientierung von Sichtweisen, Einstellungen usf. bzw. des Umlernens stattfinden kann) und die angstauslösenden Reize mit angenehmen zu koppeln, damit das Prinzip der 'Gegenkonditionierung' hier wirksam werden kann.

Das Ziel der Therapie besteht in der Konfliktreduktion, die mit Hilfe folgender Prinzipien erklärt werden kann: die Annäherungstendenz wird durch Applizierung positiver Verstärker erhöht; gleichzeitig muß die dann verstärkt auftretende Angst durch einen Extinktionsvorgang vermindert werden (= Schwächung der Vermeidungstendenz). Das wird dadurch erreicht, daß konsequent der konditionierte aversive Reiz systematisch nicht mehr mit dem aversiven unkonditionierten Reiz (z.B. Strafe) verbunden wird.

Nach den bisherigen Ausführungen läßt sich der Prozess der GPTH lerntheoretisch so beschreiben:

Die GPTH ist eine Methode zur Verringerung internal motivierter Konflikte. Die Verwirklichung der Therapeutenvariable 'Positive Wertschätzung und emotionale Wärme' dient der Gegenkonditionierung von Ängsten des Klienten, die nur schrittweise und intensitätsabgestuft möglich ist ('unsystematische Desensibilisierung').

Die 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' (das 'Einfühlende Verstehen') durch den Therapeuten, führt

- (a) zur Annäherung des Klienten an den Konflikt, und ermöglicht
- (b) dem Klienten eine bessere Diskriminierung von Reizen.

Der Prozess der 'Selbstexploration' (bzw. des 'experien-
cing') des Klienten (deren Tiefe mit einem größeren Wohlbefinden des Klienten zusammenhängt) kann als ein verbales 'Arbeiten in der Konfliktregion' bei mittlerem Erregungsniveau beschrieben werden. - Es ist zu vermuten, daß dabei in zunehmendem Maße Selbstverstärkungsmechanismen an Bedeutung gewinnen.

Vergleicht man die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und die EaI aus dem gestalttherapeutischen Kontext miteinander, dann läßt sich kaum die Auffassung widerlegen, in beiden methodischen Ansätzen würde in der 'Konfliktregion' gearbeitet; allerdings sind - wie wir zeigen wollen - die 'Anteile' oder 'Elemente', die dies bewirken, in beiden Kontexten unterschiedlich, und demzufolge auch die Wirkung auf den Klienten.

Im Zusammenhang mit der Verwendung von EaI aus dem Rahmen der GEST wird häufig deren konfrontativer Charakter besonders betont, o h n e daß deutlich ist, worüber 'Konfrontation' eigentlich definiert ist bzw. über welche Implikationen eine solche Kennzeichnung verfügt.

Zwar ist beiden, dem erlebnisorientierten Therapeuten einerseits und dem Klientenzentrierten andererseits das Ziel gemeinsam, das aktuelle, augenblicklich vorstatten gehende Erleben (experience) des Klienten herbeizuführen und zu vertiefen¹, aber gerade die Durchschlagskraft dieser erlebnisaktivierenden Interventionen und Übungen aus dem Kontext der GEST, die es ermöglichen, in kurzer Zeit tiefliegende Gefühle bzw. eine starke emotionale Involviertheit des Klienten zu erreichen, unterscheidet beide Ansätze d e u t l i c h in der praktischen Realisation (vgl. ESSER, 1979).

PERLS ließ sich bei der Entwicklung bzw. Zusammenstellung seines umfangreichen therapeutischen Instrumentariums von der Auffassung leiten, daß es sich bei der Wiederherstellung eines Zustandes ausgeglichener Selbstregulation (PERLS, 1974) nicht um einen einfachen Prozess handele, sondern - im Gegenteil - sehr starke Widerstände des Klienten dabei zu überwinden seien. Sein Instrumentarium an Techniken und Interventionen sollte dazu beitragen, diese Rückkehr zu einer spontanen Freisetzung von Gefühlen zu erleichtern.

¹ Wir kommen weiter unten auf die spezifische Konnotation von 'experience' bzw. 'awareness' in der GEST - nämlich mit ihrer 'discharge' - Komponente - zu sprechen (s. dazu den Abschnitt II. 7.3. 'Komponenten der Katharsis' sowie 7.3.3. 'Schlußfolgerungen').

Wir wollen hier noch einmal die 'EaI' aus dem gestalt-therapeutischen Kontext in ihren wesentlichen Merkmalen charakterisieren, um sie auf diese Weise besser von einem klientenzentrierten Therapeutenverhalten abgrenzen zu können.¹

Erlebensvertiefende bzw. -aktivierende Interventionen mit ihrer Rationale, die Aufmerksamkeit auf den inneren Prozess des Klienten zu lenken, um ihn stärker an seinem Erleben teilnehmen zu lassen, sind:

- direktiv
- konfrontativ
- extraverbal
- handlungsorientiert
- gegenwartsbezogen
- direkt an den Gefühlen
- körperbezogen

Erlebnisaktivierende Methoden und Interventionen haben - neben dem relativ allgemeinen Ziel, das Erleben des Klienten zu aktivieren - voneinander unterscheidbare Ansatzpunkte der Intervention.

So lassen sich EaI nach dem Grad ihres konfrontativen Stiles aber auch hinsichtlich der Art und Weise, wie sie dem Klienten zu einem Fokkussieren auf sein inneres Erleben verhelfen, unterscheiden.

Die erstgenannten Methoden sind solche, die die PERLSSche und REICHsche Auffassung widerspiegeln, 'wirkliches psychologisches Wachstum (sei) nur durch Frustration möglich'. - Es handelt sich dabei um Methoden, die den Klienten direkt mit Aussagen, Verhaltensweisen und Eigenschaften seiner selbst konfrontieren (die anzunehmen dem Betreffenden in der Regel zunächst einmal nicht einfach fällt!).

Die EaI zur Fokkussierung auf das eigene Erleben zentrieren auf 'wache Bewußtheit' (awareness).

Die Unterteilung von EaI in solche, die stärker die Elemente 'Konfrontation' und 'Frustration' in der therapeutischen Arbeit betonen, und in solche, in denen der Klient angeleitet, aber doch weitgehend selbsttätig sich

¹ Vgl. unsere ausführlichere Darstellung auf S. 70 dieser Arbeit.

in das Zentrum seiner eigenen Empfindungen voran'arbeitet', - diese Unterscheidung ist willkürlich, d.h. eine von vielen möglichen: sie dienen dem e i n e n Ziel: die Bewußtheit des eigenen Handelns und Seins auszudehnen. Sie erreichen dieses Ziel auf unterschiedliche Weise.

Im Zusammenhang mit dem Ziel, den Klienten in unmittelbaren Kontakt mit seinen Gefühlen treten zu lassen, hat immer das a k t i v e Prinzip des 'Handelns' Vorrang vor dem 'Reden über Gefühle'. Vorbedingung für die Verwirklichung des Primats der Handlung ist der ständige Kontakt des Therapeuten mit dem (verdeckten bzw. sichtbaren) Verhalten seines Klienten.

Fragt z.B. der Therapeut seinen Klienten "Wie fühlst Du Dich im Augenblick?", dann hält er ihn damit von einem direkten und spontanen Zugang zum augenblicklichen Erleben ab: Fragen bringen den Klienten in einen Prozess des 'Nachdenkens-über ...', d.h. z u früh und z u sehr auf eine kognitive Ebene der Auseinandersetzung mit sich selbst.

Dagegen sind therapeutische Aufforderungen wie z.B. "Laß Deine Trauer sprechen!", "Sei traurig!", "Geh noch ein wenig tiefer an Deinen Zorn heran, laß ihn stärker werden, bleib in Kontakt damit!" oder "Wiederhole diese Geste noch einmal!" usf. d i r e k t e r an den Handlungen, an der eigentlichen Absicht und damit auch an dem wirklichen und authentischen Erleben (Fühlen, Denken) des Klienten orientiert.

Betrachtet man die oben aufgeführten und in ihren zentralen Merkmalen charakterisierten EaI, dann wird unmittelbar deutlich, daß - im Gegensatz zum reflexionsbetonten und -anregenden Geschehen innerhalb einer reinen GPTH - h i e r andere lerntheoretische Erklärungsprinzipien für therapeutisches Handeln zur Anwendung kommen, d.h. andere Lernprozesse vorausgesetzt werden müssen.

In ihren Merkmalen (s.o.) richtet sich ein erlebnisaktivierendes Vorgehen auf die direkte und unmittelbare Konfrontation, d.h. Gegenüberstellung mit solch vorbewußten, gemiedenen, konflikthaften internalen Ereignissen, die für einen Menschen angstinduzierende Qualität besitzen.

Die Evozierung bzw. Vertiefung von aktuellem Erleben stellt nicht nur - wie dies GENDLIN (1974 a) behauptet - einen angenehmen, sondern in der Regel eher gegenteiligen, nämlich schmerzhaften und unangenehmen Prozess der internalen Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild dar.

Dadurch, daß der Therapeut die Bedingungen bereithält, daß diese Art der 'Gegenüberstellung' des Klienten mit sich selbst direkt, unmittelbar und unter Verhinderung konfliktvermeidender Verhaltensweisen vor sich geht, entspricht dieser Prozess merkmalspezifisch den Prinzipien der 'Habitation', und w e n i g e r einer 'schrittweisen Heranführung des Klienten an die angst-auslösenden Reize' (die dem methodischen Prinzip der 'Gegenkonditionierung' bzw. der 'Systematischen Desensibilisierung' entspräche):

Der Klient

- erfährt die Reizdarbietung in voller Intensität, wobei er dem konditionierten o h n e dem unkonditionierten Stimulus ausgesetzt wird;
- muß der Konfrontation längere Zeit standhalten;
- wird am Vermeidungsverhalten gehindert.

6.2.2. Zusammenfassung

Ein klientenzentriertes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen läßt sich also als ein 'gestuftes Heranarbeiten an angst- bzw. konfliktinduzierende Reize (Gefühle; Kognitionen)' begreifen - ein Prozess, der (bildhaft ausgedrückt) einem langsamen und vorsichtigen Vor- und Abtasten zu vergleichen ist, das mehr und mehr zu einer größeren Strukturierung des infrage stehenden Gegenstandes (Ereignis/Situation), d.h. zur Reduzierung von 'Angst' beiträgt (vgl. dazu auch die Überlegungen von RICE, 1974 und WEXLER, 1974).

Anders dagegen im Kontext einer erlebnisaktivierenden therapeutischen Praxis: die Aufforderung des Therapeuten zum 'acting out', d.h. zum Aufsuchen von und Verweilen in spezifischen Situationen (z.B. mittels der EaI 'Innerer Dialog'), und zum direkten, unmittelbaren und körperlichen Ausdruck von Gefühlen, Gedanken und Emotionen (z.B. mittels der EaI 'Übertreibung und Wiederholung', 'Identifikation' usf.) führt unmittelbar in die bedrohliche (gemiedene) Situation. Zugleich wird jedoch eine Distanzierung, d.h. eine Vermeidung für den Klienten erheblich erschwerter als etwa im Rahmen der klientenzentrierten Arbeit, in der der Klient eher über Möglichkeiten verfügt, sich mithilfe seiner 'Sprache' einem intensiven und genuinen Erlebensprozess zu entziehen.

Es scheint so zu sein, daß die kontroversen Auffassungen bezüglich der therapeutischen Effektivität von 'Mittlem Erregungsniveau' (MARKS, 1972; BIRBAUMER, 1977) **v e r s u s** 'Hohem Erregungsniveau' (= Angsterleben während des therapeutischen Prozesses: EPSTEIN, 1977; SOLOMON und WYNNE, 1954; u.a.) ihre Entsprechung finden in der Gegenüberstellung der klientenzentrierten Haltung, dem Klienten (ohne explizite Thematisierung seines evtl. 'symptomkonservierenden' Widerstandes) einführendes Verstehen und unbedingte positive Wertschätzung entgegenzubringen, und der erlebnisaktivierenden Haltung, den Klienten eher mit seinen eigenen Ängsten und Befürchtungen direkt und unmittelbar in Kontakt zu bringen.

Ein klientenzentriertes Vorgehen läßt sich von einem erlebnisaktivierenden (gestalttherapeutischen) Therapeutenverhalten insbesondere in zwei Punkten abgrenzen:

- (1) hinsichtlich der Stärke und Unmittelbarkeit des Erlebens (induziert durch die direkten und konfrontierenden Interventionen des Therapeuten);

- (2) bezogen auf die Ausschaltung von Vermeidungsreaktionen des Klienten (tut der Klient dies, macht ihn der Therapeut z.B. wieder darauf aufmerksam, daß er im Augenblick die Auseinandersetzung mit sich vermeidet ... usf.).

Wir glauben, daß in beiden methodischen Ansätzen wichtige veränderungsrelevante Prozesse beim Klienten stattfinden und - möglicherweise - auch vergleichbare Effekte zustandekommen; der entscheidende Unterschied, auf den hinzuweisen es uns ankam, bezieht sich auf den differierenden Umgang mit dem Ereignis 'Angst' (= hohe Erregung) des Klienten in der Therapie, mit den spezifischen damit verbundenen Auswirkungen.

Diese Annahme wird im Rahmen unserer empirischen Untersuchung einer näheren Überprüfung unterzogen werden.

6.3. Praktische Konsequenzen für das Verhalten des Therapeuten

Die nachfolgenden Überlegungen richten sich auf die praktischen Konsequenzen einer Kombination von klientenzentriertem gesprächspsychotherapeutischem Vorgehen und der Verwendung gestalttherapeutischer EaI, insbesondere auf die Schwierigkeiten, mit denen ein Therapeut rechnen sollte, wenn er sich für ein solches erlebnisorientiertes Vorgehen entscheidet.

Eine stärkere Verknüpfung impliziert nicht nur, daß e i n i g e EaI aus dem Rahmen der GEST i n den klientenzentrierten Arbeitszusammenhang eingegliedert werden, sondern die Ausübung einer sog. Integrativen Praxis erfordert - um nicht die notwendige therapeutische 'Richtschnur' für die eigene Arbeit aus dem Auge zu ver-

lieren - u.E. eine grundlegende Kenntnis und Auseinandersetzung mit den 'Axiomen', Einstellungen und Handlungsprinzipien b e i d e r therapeutischer Methoden.

So stellten wir im Zusammenhang mit der Darstellung des Gestalttherapeutischen Ansatzes (s. S.46 ff.unserer Arbeit) fest, daß die Arbeit mit den aus diesem Kontext stammenden EaI ('Techniken', 'Übungen', 'Spiele') insbesondere dadurch gekennzeichnet ist, daß der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf a l l e Signale lenkt, die vom Klienten gesendet werden. Dabei haben die verbal-inhaltlichen Mitteilungen eine weniger dominante Bedeutung wie etwa in der Klientenzentrierten Psychotherapie; statt dessen werden die non- und paraverbalen Anteile der Klienten-Mitteilungen (Stimme, Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.) stärker in das therapeutische Geschehen einbezogen.

Es handelt sich dabei um den praktisch-konkreten Niederschlag der gestalttherapeutischen (und von REICH, 1969, 1976 entliehenen) Auffassung, daß über solche Signale ein Zugang zum tatsächlichen Fühlen und Erleben eines Klienten eher möglich ist.

Da Körpersignale häufig entweder die inhaltlich-verbalen Aussagen ergänzen oder ihnen widersprechen, können sie - unter der Einschränkung, daß der Therapeut sie zum geeigneten Zeitpunkt aufgreift¹ - erlebnisaktivierend wirken (DARGEL, 1976):

"Einmal kann die konzentrierte Wahrnehmung und Verarbeitung der außersprachlichen Signale den jeweiligen Gefühlszustand des Klienten für den Therapeuten besser nachvollziehbar machen (accurate understanding). Weitaus entscheidender erscheint mir allerdings die Möglichkeit zu sein, die sich aus den zu den verbalen Inhalten konträren Körpersignalen ergibt. In der Konfrontation des Klienten mit dieser Wahrnehmung liegt die Möglichkeit, weitere (häufig gegensätzliche) Gefühle z u g ä n g l i c h zu machen" ...

¹ Den "geeigneten Zeitpunkt" haben wir innerhalb des Abschnittes II. 5.2. 'Überlegungen zur Indikationsstellung bei der Verwendung von EaI im Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie' zu definieren versucht.

"Einschränkend möchte ich deutlich machen, daß es schon einer gewissen Erfahrungsbasis bedarf, damit es dem Therapeuten gelingt, im "richtigen" Moment ein bedeutsames Signal, d.h. dem Erleben des Klienten zugängliches Körpersignal aufzugreifen. ... Nach meinen Erfahrungen sind derartige Interventionen für den Klienten nicht befremdend und werden nicht als inkongruent zum "normalen" GT-Therapeutenverhalten erlebt" (DARGEL, 1976, S. 18).

Wir möchten hier zusätzlich auf einige Veränderungen gegenüber einem konventionellen, d.h. orthodoxen klientenzentrierten Verhalten von Therapeuten hinweisen, die sich im Rahmen der Ausbildung von Therapeuten in der Kombination von Klientenzentriertem Vorgehen und dem Einsatz von EaI (vgl. dazu auch ESSER, 1979) beobachten ließen:

- o Therapeuten realisieren in geringerem Ausmaß 'einführendes Verstehen' ('Empathie');
- o das Verhalten des Therapeuten gegenüber seinem Klienten wird direktiver und konfrontativer;
- o er neigt eher dazu, den Verlauf von Gesprächskontakten zu beeinflussen und zu strukturieren;
- o die Notwendigkeit und auch Bereitschaft des Therapeuten, im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit dem Klienten Hypothesen zu formulieren und diese zu testen, steigt;
- o Therapeuten zeigen sich eher bereit, mit dem Klienten und ihrer eigenen Person 'Experimente' einzugehen: z. B. den Klienten zu einem bestimmten Verhalten auffordern, Körperkontakt mit ihm aufzunehmen, von sich selbst zu erzählen, usf.;
- o eine Verknüpfung von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EaI aus dem gestalttherapeutischen Kontext führt bei den Therapeuten zu einer größeren Notwendigkeit, aber auch Bereitschaft, mit Klienten auf einem höheren 'Erregungsniveau' zu arbeiten.

Hier stellt sich wieder einmal die Frage nach einer grundsätzlichen und praktischen Kompatibilität von klientenzentriertem und erlebnisaktivierendem Vorgehen in ihrer

Auswirkung

- (a) auf die therapeutischen Rationale des Therapeuten,
und
- (b) auf den Klienten und dessen Erlebens- und Verarbeitungsprozess.

Die (w.o. beschriebene, s. S.99 ff.) 'Paradigma-Kollision' hat entscheidende praktische Konsequenzen, nämlich in Form eines Konfliktes, der aus der Kombination von bzw. einer Oszillation zwischen einem eher rezeptiven, verbal-inhaltlichen (klientenzentrierten) zu einem eher aktiven, körperorientierten und - häufig direktiven und konfrontativen - (erlebnisaktivierenden) Therapeutenverhalten entstehen kann.

Eine stärkere Fokussierung des Problems eines Klienten führt nach unseren Erfahrungen häufig auch zu einer erhöhten psychophysischen Erregung des Klienten. Mit solchen Ereignissen sind - notwendigerweise - wiederum andersgelagerte therapeutische Interventionen verbunden als bei der Realisierung eines rein klientenzentrierten Verhaltens.

So sollte z.B. der Therapeut in der Lage sein, mit einem höheren Erregungsniveau (z.B. großer Angst des Klienten) umzugehen, ohne befürchten zu müssen, daß er die Kontrolle über das therapeutische Geschehen verliert; es verlangt von ihm, in einem stärkeren Ausmaß dem Klienten emotionale Unterstützung zu gewähren (z.B. durch körperlichen Kontakt); es impliziert die Fähigkeit, abschätzen zu können, ob der Klient in der Lage ist, Hier-und-Jetzt tiefverwurzelte Ängste und Konflikte zu durchleben und zu bearbeiten.

Die gestalttherapeutischen EaI konzentrieren sich sehr auf angstvermeidende, defensive 'Manöver' des Klienten während der Therapie. Die meisten dieser EaI stimulieren Annäherungsreaktionen, mit neuen - oft potentiell erschreckenden und bedrohlichen - Erfahrungen näher in Kontakt zu kommen. Hier stellt sich für uns die Frage, was geschieht, wenn der Klient nicht mehr in der Lage ist, eine weitere Annäherung an angstausslösende Inhalte oder Handlungen zu tolerieren?

Gewöhnlich geht man davon aus, daß ein Klient in der Lage ist, sich den Interventionen seines Therapeuten zu widersetzen oder dagegen zu protestieren, die darauf abzielen, ihn mit subjektiv als bedrohlich erlebten Punkten zu konfrontieren. - Klienten mit geringer innerer Widerstandskraft sind jedoch besonders verletzbar gegenüber den Erwartungen des Therapeuten, so daß sie möglicherweise doch an speziellen erlebnisaktivierenden Übungen teilnehmen, die sie vielleicht zu neuen 'Einsichten' führen, sie aber innerlich zerrissen zurücklassen, und/oder zu einem starken Ausmaß induzierter Angst führen (vgl. auch die Ausführungen von DÖRNER und PLOG, 1978, S. 399 f., sowie BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978, S. 195 f.).

Wir wollen an dieser Stelle auch noch einmal auf unsere lerntheoretische Diskussion (siehe den Abschnitt: 'Zur Gefahr einer 'Paradigma-Kollision', S.99 ff. dieser Arbeit) hinweisen, deren zentrale Aussage lautet, daß erlebnisaktivierende (eher konfrontative) Methoden Klienten direkter und unmittelbarer mit ihren Ängsten in Kontakt bringen. Dies impliziert zugleich auch die Gefahr einer Aufrechterhaltung bzw. Erhöhung von Angst, wenn nicht konsequent bis zum Rückgang dieser Angst therapeutisch weitergearbeitet wird (vgl. dazu die Untersuchung von BARTLING, FIEGEN-BAUM und KRAUSE, 1980).

Die EaI aus dem Rahmen der GEST implizieren damit eine Reihe von Schwierigkeiten und Risiken - insbesondere für unerfahrene Therapeuten (vgl. hierzu HARPER et al., 1976).

PAVEL (1978) betont in diesem Zusammenhang, daß EaI nicht zu 'Notlösungen' für einen Therapeuten werden dürften, d.h. dann eingesetzt werden, wenn er selbst sich - aus welchen Gründen auch immer - vom Klienten oder dessen Problematik überfordert fühlt, frustriert oder verärgert ist.

Das würde implizieren, daß die EaI, ohne daß der Therapeut das therapeutische Geschehen wirklich zu überschauen in der Lage ist und ohne Intentionalität verwendet werden.

Es liegt auf der Hand, daß aus der Rationale, mit dem Klienten an seinen Schwierigkeiten zu arbeiten, dann sehr leicht werden kann, gegen ihn (und seinen - berechtigten - Widerstand) zu arbeiten.

Die Mitarbeit eines Klienten hängt also weitgehend von der Transparenz der Beziehung zwischen ihm und seinem Therapeuten ab, die ihn auch gleichzeitig vor willkürlichen "Experimenten" schützt. - "Transparenz der Beziehung" bedeutet, daß der Therapeut den Erlebens- und Reflexionsprozess seines Klienten begleitet, d.h. genau zuhört und sich auf eine intensive Art und Weise in dessen Situation einfühlt und ihm hilft, sein Erleben zu präzisieren, ggf. zu intensivieren.

Zugleich aber besteht ein wesentlicher Teil seiner Aufgabe darin, das Erleben der Probleme hinsichtlich Umfang und Intensität auf einem - für den Klienten - 'verarbeitungsfähigen' Niveau zu halten (PAVEL, 1978, S. 77).

6.4. Probleme der Indikation

Das Defizit an empirisch gesichertem Wissen wie auch an stringenter Theoriebildung läßt gegenwärtig noch die Frage der I n d i k a t i o n von "Erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI)" unbeantwortet. Oft wird daher das persönliche 'Augenmaß' eines Therapeuten zur bestimmenden Richtschnur seines Handelns.

"Den richtigen Augenblick einer solchen Intervention (das Einbringen eigener Gefühle durch den Therapeuten; die Verfasser) kann der Psychotherapeut nur über sein eigenes Erleben erfassen" (BENSE, 1977 a, S. 547).

"Einschränkend möchte ich deutlich machen, daß es schon einer gewissen Erfahrungsbasis bedarf, damit es dem Therapeuten gelingt, im 'richtigen' Moment ein bedeutsames Signal, d.h. dem Erleben zugängliches Körpersignal aufzugreifen ..." (DARGEL, 1976, S. 18).

Auch der von PFEIFFER (1976) sowie von BENSE (1977 a) unternommene Versuch, Verhaltensanweisungen aus dem 'Experiencing'-Konzept abzuleiten, leistet hier keine entscheidende Hilfe, weil damit keinerlei empirisch überprüfte Aussagen darüber ermöglicht werden, w a n n ein klientenzentriert vorgehender Therapeut in w e l c h e r Form erlebnisaktivierende Interventionen einsetzen könnte.

Gleichermaßen kann eine noch so ausführliche Darstellung einzelner EaI in Form von 'Anwendungsbeispielen' aus dem Rahmen der GEST keine empirisch gesicherten Aussagen darüber ersetzen, welche - über die subjektiven Evidenzerlebnisse einzelner Therapeuten hinausgehenden Effekte diese verschiedenen EaI haben, und wann sie in welcher 'Qualität' und 'Menge' zur Erreichung welcher Ziele indiziert sind.

Ein solches Vorgehen bedürfte einer empirischen Fundierung, insofern als ungesichert ist, ob nicht a n d e r e Interventionen (z.B. das Aufgreifen emotionaler Erlebnisinhalte der Klientenmitteilungen) bessere Effekte hinsichtlich eines definierten Kriteriums als die sog. erlebnisaktivierenden Interventionen erbringen würden (BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978, S. 195).

In therapeutischen Kontakten tauchen eine Reihe von Situationen auf, in denen ein Therapeut in recht kurzer Zeit eine Entscheidung darüber zu treffen hat, in welcher Richtung er dem Klienten in dessen Prozess folgen will. Das bedeutet, daß mit einer Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz (aufgrund der Verknüpfung von GT und EaI und einhergehend mit einer erhöhten Wahrnehmungssensibilität für nichtsprachliche Mitteilungen des Klienten) nicht nur die therapeutische Effizienz vergrößert wird, sondern es zugleich auch zu einer 'labilisierenden' Wirkung auf den Therapeuten und sein Verhalten kommt.

Konkret bedeutet dies, daß ein Therapeut - realisiert er eine Verknüpfung von GPTH und EaI - in stärkerem Ausmaß mit der Frage konfrontiert wird, welche der ihm zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen er nun einsetzen möchte.¹

Anders ausgedrückt: mit der Erweiterung des therapeutischen Handlungskonzeptes aufgrund einer Verknüpfung von GPTH und EaI wächst zugleich auch die Zahl der Interventions- I n d i k a t i o n e n sowie der -A l t e r n a t i v e n.

Therapeutische Entscheidungsprozesse und die daran beteiligten Variablen werden komplexer, und die Unsicherheit darüber, was unter einer therapeutischen Perspektive 'richtig' ist, wird größer.

Das bedeutet auch, daß die Rationale für ein therapeutisches Vorgehen (in der GPTH relativ eng definiert) an E i n f a c h h e i t einbüßt und ein neues konzeptuelles Verständnis für den Therapeuten notwendig wird, damit er selbst begreift, w a s er denn nun bei einer Verknüpfung von GPTH und EaI bei seinem Klienten auslöst, bzw. was er ü b e r h a u p t in einem Kontakt t u t.

Um daher verlässlichere Maßstäbe für die therapeutische Praxis zu erhalten, sollte die folgende Frage wesentlicher Bestandteil weiterer wissenschaftlicher Arbeit im Zusammenhang mit den Methoden zur Aktivierung und Intensivierung des aktuellen Erlebensprozesses sein:

W a n n i s t w e l c h e F o r m d e r I n t e r v e n t i o n in bezug auf w e l c h e K r i t e r i e n indiziert?

¹ Wir stimmen in diesem Punkt mit TEUWSEN (1977, S. 6) überein, wenn er schreibt, daß ein überwiegend klientenzentriertes Therapeutenverhalten einfach weniger "kollisionsanfällig" sei.

Zur empirischen Beantwortung dieser Frage wäre notwendig,

1. eine genaue und zwischen verschiedenen Untersuchungen vergleichbare Feststellung des 'Ist'-Zustandes der Klienten (Symptombild, geäußerte Probleme, biographische und persönliche Merkmale usf.) vorzunehmen.
2. Klienten eines vergleichbaren 'Ist'-Zustandes unterschiedlichen Behandlungen (hier: unterschiedlichen Form der 'Erlebnisaktivierung') zuzuführen.
3. Allgemein akzeptierte, übereinstimmend verwendete Erfolgskriterien zu bestimmen.

Erst bei Erfüllung dieser Voraussetzungen anhand empirischer Untersuchungen würde eine hinreichend verlässliche Aussage über die hier formulierte Indikationsfrage möglich (vgl. BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978).

7. DAS KATHARSIS-KONZEPT: EIN ERWEITERTES EXPLIKATIVES

MODELL FÜR VERÄNDERUNGSRELEVANTE KLIENTENPROZESSE IM
KONTEXT EINER KOMBINATION VON KLIENTENZENTRIERTER GE-
SPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND ERLEBNISAKTIVIERENDEN INTER-
VENTIONEN AUS DEM RAHMEN DER GESTALT THERAPIE

In unseren bisherigen Überlegungen innerhalb der vorliegenden Arbeit haben wir aufzuzeigen versucht, daß es bisher hinsichtlich der Explikation sowohl der Bedeutung als auch der Methoden zur Evozierung von 'Selbsterlebens-Prozessen' an einer übergreifenden theoretischen Grundlage mangelt, und daß z.Zt. weder theoretisch noch praktisch die Voraussetzungen erfüllt sind, um von einer 'Integration' der zugrundeliegenden therapeutischen Ansätze (Klientenzentriertes / erlebnisaktivierendes Vorgehen) zu sprechen.

Im Rahmen dieses Abschnittes wollen wir uns einer theoretischen und forschungsbezogenen Konzeptentwicklung zuwenden, in welcher dem verbal-inhaltlichen u n d dem körperlichen Ausdruck von 'Gefühlen' ein zentraler Stellenwert im Hinblick auf tiefgreifende nachfolgende Veränderungen von Klienten zugeordnet wird.

Mithilfe des 'Katharsis-Konzeptes', das eine Reihe von empirischen Befunden, Beobachtungen und Erfahrungen aus unterschiedlichen Therapie(forschungs-)kontexten (Klientenzentrierte Psychotherapie, Verhaltensmodifikation und Körpertherapien) in einen neuen gemeinsamen Zusammenhang stellt, läßt sich u.E. stringenter darstellen, daß es sich beim gefühlsmäßigen und aktuellen 'Erleben' eines Klienten, sowie der 'Aktivierung' um einen zentralen - theoretisch und empirisch begründbaren - veränderungsrelevanten Prozess innerhalb der Psychotherapie handelt.

Darüber hinaus gestattet dieses Konzept, die Relevanz einer Verknüpfung von Klientenzentrierter Gesprächs-psychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext eingehender theoretisch und praktisch zu begründen, und zwar mittels Differenzierung zwischen einer

- (a) kognitiv-emotionalen, und
- (b) somatisch emotionalen

Katharsis. - D.h. an die Stelle von 'Experiencing' im Kontext der 'Experiential therapy' bzw. der Gestalt therapy tritt die 'kognitiv-emotionale Katharsis': intensives körperliches und motorisches 'Erleben' sowie dessen Ausdruck ('Ausagieren') wird als 'somatisch-emotionale Katharsis' konzeptualisiert.

Wir halten eine solche Neu-Konzeption für ein geeignetes Rahmenmodell für die Kombination von GPTH und EaI, da letztere eher abreaktive denn reflexionsorientierte Prozesse beim Klienten auslösen. 'Abreaktive Prozesse' i.S. einer psychophysischen 'Entladung' (auch als 'discharge' bezeichnet) lassen sich hinsichtlich ihrer klinisch-therapeutischen Bedeutung und Auswirkung auf den Klienten nur unzureichend mithilfe der 'Experiencing-Theorie' GENDLINS beschreiben und erklären.

7.1. Der 'Katharsis'-Begriff

Im Zusammenhang mit der Akzentverlagerung im Kontext der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie sowie im Rahmen der Entwicklung neuerer Ansätze und Methoden zur Aktivierung und Vertiefung eines augenblicklichen und authentischen Erlebens wird erneut die Relevanz des 'Katharsis-Konzeptes' für den psychotherapeutischen Prozess be-

tont (vgl. NICHOLS und ZAY, 1977, sowie HARPER, 1975, und BROWN, 1973).

Mit dem vieldeutigen Katharsis-Begriff wird gewöhnlich ein Prozess bezeichnet, in welchem über den verbalen und körperlichen (motorisch-behavioralen) Ausdruck von isolierten Emotionen u n d komplexeren Gefühlen Ängste und Spannungszustände psychisch und physisch verringert werden.

Voraussetzung für das Eintreten eines kathartischen Prozesses ist die (implizite oder explizite) Erlaubnis - wie etwa im Rahmen einer Therapie - an einen Menschen, seine Gefühle auszudrücken und sie voll und ganz zu 'erleben'.

FREUD und BREUER (1895) verwendeten den Katharsis-Begriff, um damit den Prozess des unmittelbaren und plötzlichen Erinnern vergessener Gedächtnisinhalte sowie den A u s d r u c k damit verknüpfter Gefühle zu beschreiben, wenn dieses Ereignis von einer F r e i s e t z u n g verdrängter 'psychischer Energien' begleitet wird und ihm ein Gefühl allgemeiner Erleichterung folgt.

ARNOLD (1960) hebt demgegenüber den Zusammenhang zwischen 'Gefühlen' und 'Handlungen' (action) hervor: sie beschreibt 'Emotionen' (ohne diesen Begriff operational zu definieren) in ihrer Funktion als 'Handlungs t e n - d e n z e n' und weist daraufhin, daß das Ausagieren von Gefühlen zu einer Verminderung psychischer Spannungen führt, s o f e r n die Ausdruckshandlung die Quelle der spezifischen Emotion bzw. des involvierten Gefühles wirklich auch beseitigt.

Bleibt hingegen die Ursache eines bestimmten Gefühles bestehen, dann führt der emotionale Ausdruck zu einer I n - t e n s i v i e r u n g des Gefühles.

FREUDs 'hydraulisches Modell' beinhaltet, daß, wenn eine bestimmte Handlungssequenz nicht zu Ende geführt wird, die subjektive Gefühlskomponente sich - irgendwie - in eine Art 'Auffangbecken' sammelt.

Ein alternatives Erklärungsmodell (NICHOLS und ZAX, 1977) sieht dagegen vor, daß 'nicht-entladene' emotionale Prozesse und Ereignisse durch kognitive objektgebundene Prozesse wieder neu stimuliert werden: der nichtentladene

Affekt (Emotionen/Gefühle) bleibt dann als R e s i d u -
a l spannung existieren, die zugleich kortikal, d.h. im
Gedächtnis gespeichert wird.

Unter diesem Blickwinkel kann man einen kathartischen
Prozess einschließlich seiner Ausdrucks- ('Entladungs'-
oder 'discharge'-) Komponente als den A b s c h l u ß
einer Handlung ansehen, ohne daß die unerwünschten oder
aversiven Konsequenzen der ursprünglichen Verhaltens-
disposition hier wirksam werden.

Ein wesentlicher Grund für die Notwendigkeit, Gefühle
auszudrücken, wird in diesem Zusammenhang darin gesehen,
daß letztere in Form körperlicher Spannungen gefühlt wer-
den und so die Beziehung zu der Person oder dem Objekt,
der gegenüber diese spezifischen spannungsbesetzten
Gefühle existieren, stören und mit einer konfliktfreien
und vernünftigen Denkweise erheblich interferieren. D.h.
ein situationsangemessenes, effizientes Denken wird durch
die Einwirkung starker und unklarer Gefühle häufig beein-
trächtigt.

7.2. Die Revision des 'Katharsis-Konzeptes': Katharsis als "Abschluß einer unvollständigen Gefühls- und Handlungs- sequenz"

Anstatt 'Katharsis' - wie bei FREUD - als 'Aufdecken und
Entladen (= Ausdrücken) von psychischen Energiemengen"
zu begreifen, schlagen NICHOLS und ZAX (1977, S. 209)
vor, sie als eine "gefühlsspezifische Handlungsabfolge,
die den veränderten subjektiven Umständen eines Menschen
angemessen ist zu konzeptualisieren. Sie beinhaltet:

- (1) das g e f ü h l t e Erinnern von etwas
- (2) die K o m m u n i k a t i o n dieses Gefühls

- (3) die A u s f ü h r u n g (= körperlicher Ausdruck, 'Entladung', 'discharge') solcher Verhaltensweisen, die ein Teil dessen sind, was mit 'Gefühlehaben' gemeint ist.

Wir wollen die hier vorgenommene Definition etwas näher erläutern, indem wir der oben beschriebenen 'Einlagerungshypothese' (bei FREUD) folgende Annahmen gegenüberstellen:

Zu dem aktuellen Zeitpunkt (etwa beim Tod des Ehepartners), zu dem entsprechende Gefühle eigentlich hätten ausgedrückt werden sollen (z.B. Trauer, Schmerz) v e r m i e ß der/die Betreffende, darüber nachzudenken bzw. dieses Ereignis auf seine Person einwirken zu lassen, und hinderte sich somit zugleich daran, die v o l l e B e d e u t u n g eines solchen Verlustes (an-)zuerkennen, d.h. wirklich gefühlsmäßig damit in Kontakt zu kommen. Ist dagegen der/die Betreffende - z.B. in Abhängigkeit von günstigen äußeren Umständen - weniger defensiv diesem (vergangenen) Ereignis gegenüber eingestellt und demzufolge in der Lage, bewußter die Realität seines/ihrer Verlustes anzuerkennen, d a n n erinnert er/sie sich gefühlsmäßig.

D.h. in unserem Beispiel ('Verlust des Partners') ist also das Ereignis a l t (wie auch die kortikal gespeicherte Erinnerung), n i c h t jedoch die damit verknüpften Gefühle (Trauer, Schmerz). - Die Gefühle s c h e i n e n nur mit den Erinnerungen gespeichert zu sein, da, wenn Erinnerungen wieder aktualisiert ('aktiviert', d.h. ins Gedächtnis zurück'gerufen' werden), auch die damit assoziierten Gefühle neu stimuliert werden.

Was also tatsächlich passiert ist, daß ein Teil einer natürlichen Handlungsabfolge (in unserem Beispiel: Weinen als Ausdruck von Trauer und Schmerz) - aus welchen Grün-

den auch immer - vermieden, und nicht, daß irgendetwas 'gespeichert' wird.

Mit anderen Worten: es ist zu vermuten, daß die Form anstelle des Inhaltes (des Prozesses der Unterdrückung von Gefühlen) die Ursache langandauernder Persönlichkeitsstörungen ist:

Ein Kind, das, wenn es sich verletzt hat von seinen Eltern für sein Weinen bestraft oder davon abgelenkt wird, lernt ein spezifisches "Grundmuster" für 'emotionale Vermeidung'.

D.h. es ist nicht so sehr der Affekt (Gefühl oder Emotion) dieser frühen Traumata, der bestehen bleibt bzw. überdauert, sondern der gelernte Stil, Gefühle zu leugnen und zu vermeiden.

In diesem Sinne mag eine kathartische Therapie wohl für die Bearbeitung und Beseitigung von Charakterstörungen hilfreich sein, aber nicht dadurch, daß alle Traumata aufgelöst werden, sondern indem Widerstände gelockert werden und die Klienten ungehindert ihr Gefühl (wie z.B. Weinen) ausdrücken und erleben können.

Emotionen (Wut, Trauer, Schmerz, Freude usw.) sollten unter diesem Blickwinkel eher in ihrer Funktion als 'Wegweiser zu konkreten Handlungen' denn als 'energetisches Potential', das abgeleitet werden muß, betrachtet werden.

Katharsis ist demzufolge der Teil einer Handlungssequenz, der diese 'vervollständigt'. Dadurch, daß sie beendet wird, bekommt der Betreffende größere Klarheit über das Erlebnis, ist weniger gespannt und eher in der Lage, sich gegenwärtig ablaufenden Ereignissen zuzuwenden.¹

Ein solches Verständnis impliziert auch die Möglichkeit der 'Wahl', d.h. der Entscheidung: über ein bestimmtes Ereignis nachzudenken und uns z.B. 'traurig verhalten zu wollen' oder aber dies zu vermeiden.

¹ Ein solches Verständnis findet seine Entsprechung in der Auffassung von GENDLIN (1970, 1974) 'erstarrte Erlebnisstrukturen wieder in Fluß zu bringen' bzw. der PERLS'schen Vorstellung bezüglich des therapeutischen Auftrages 'unerledigte Geschäfte abzuschließen' (PERLS, 1974, 1976).

7.3. Komponenten der 'Katharsis': die 'kognitiv-emotionale' und die 'somatisch-emotionale' Katharsis

'Katharsis' bezeichnet also einen komplexen Vorgang, der zwei miteinander verwandte, jedoch voneinander unabhängige Komponenten enthält:

(1) eine relativ intellektuelle:

das Wachrufen von Material, das vergessen worden ist (der 'kognitiv-emotionale Aspekt'); diese Komponente bezieht sich auf Inhalte des Bewußtseins während des Wiedererinnerns (= Wieder e r l e b e n; s.O.) gefühlsintensiver Ereignisse.

(2) eine motorisch-physische:

die Freisetzung ('Ausdruck', 'Ausagieren') von Emotionen (der 'somatisch-emotionale Aspekt'); diese Komponente bezieht sich auf die motorische 'Entladung' von Gefühlen in expressiver Weise, wie etwa: Weinen oder Schluchzen aus einem Gefühl tiefer Trauer heraus; Zittern und Schwitzen aus Furcht vor irgendeinem Ereignis, usf.

7.3.1. Die 'kognitiv-emotionale Katharsis'

Der kognitiv-emotionale Aspekt der Katharsis ist charakterisiert durch ein lebhaftes Wieder- bzw. Neu-Erleben ('re-experiencing') u n d einem 'Sprechen über ...', ein gefühlsmäßiges Ereignis, o h n e motorische Entladung der evozierten Gefühle. Sie weist ihrerseits sowohl die Komponenten des (a) 'Wiedererinnerns' und (b) des 'Bekennens' auf.

Für das Phänomen, daß im Prozess der Katharsis es zu einem besonders ausgeprägten W i e d e r e r i n n e r n

(a) kommt, lassen sich zwei (geringfügig) voneinander differierende Erklärungsansätze heranziehen:

- Das während der Katharsis erlebte Gefühl wiederholt einen wichtigen Teil d e r Reizkonfiguration, die zu dem Zeitpunkt, als das Ereignis im Gedächtnis gespeichert wurde, vorlag. - Da starke emotionale Erlebnisse relativ selten sind, hat der Mangel an rückwirkender Hemmung¹ eine Vergrößerung der assoziativen Verknüpfung zur Folge.
- Die zweite Erklärungsalternative basiert auf der Annahme eines 'zustandsabhängigen Lernen'; sie besagt, daß der ursprüngliche Lernprozess zu einem Zeitpunkt stattfand, in welchem eine erhöhte zentralnervöse Exitation vorlag, so daß ein Wiedererinnern n u r dann stattfinden kann, wenn dieser Zustand wieder hergestellt wird.

Es ist zu vermuten, daß die Wiedergewinnung spezifischer Gedächtnisinhalte d a n n unterstützt und erleichtert wird, wenn der Klient starke Gefühle erneut erlebt. Dies trifft insbesondere für bedeutsame Inhalte zu, von denen anzunehmen ist, daß sie gewöhnlich deshalb 'vergessen' werden, weil sie von schmerzhaften Empfindungen begleitet wurden.

Wie wir bereits weiter oben sagten, besteht ein weiterer Aspekt kognitiv-emotionaler (verbaler) Katharsis in dem Merkmal (b) des 'Bekennens':

Ereignisse werden nicht nur lebhaft wiedererinnert (s.o.), sondern der Klient teilt sie auch seinem Therapeuten mit.

¹ Rückwirkende Hemmung ('retroactive interference') bezeichnet einen hypothetischen Vorgang oder Zustand, der bewirkt, daß das Lernen und Behalten ('Reproduzieren') eines ersten Inhaltes durch einen später gelernten behindert wird. - Dies ist insbesondere d a n n der Fall, wenn der zweite Inhalt dem ersten ähnelt.

Möglicherweise macht dieser Akt das Verstehen und Akzeptieren seitens des Therapeuten überhaupt erst wirklich sinnvoll, denn das, was der Klient *n i c h t* mitteilt, kann auch nicht verstanden und akzeptiert werden.

Neben der Bedeutung des 'Wieder-Erinnerns' trägt diese Komponente einer kognitiv-emotionalen Katharsis eine nicht zu unterschätzende Relevanz: mit der Tiefe und Reichweite eines vom Therapeuten gebilligten und unterstützten 'Bekennens' wächst u.E. auch das Ausmaß der psychischen (verbalen) und der physischen (motorischen) Freisetzung von Gefühlen, und in dessen Folge - so lautet unsere Hypothese - die Effizienz der therapeutischen Behandlung.

Mit anderen Worten: *d a s* , was als 'undenkbar', 'sozial unerwünscht', usf. i.S. von 'Katastrophenerwartungen' vom Klienten antizipiert wird, bringt umso größere Erleichterung für diesen mit sich, wenn es

- (a) verbal mitgeteilt wird (Aspekte der - selbstverstärkenden - 'Selbstüberwindung'), und
- (b) keinerlei negative Konsequenzen (z.B. durch mißbilligendes Verhalten des Therapeuten) folgen (Aspekt der 'Nichtbestrafung').

Wir wollen 'experiencing'¹ hier einem Vorgang gleichsetzen, den man auch als 'involviertes Mitteilen' bezeichnen könnte und der vermutlich kathartischen Charakter trägt, obschon die gefühlsspezifische Bezugnahme sich eher in einem intensiven *v e r b a l e n* Involviertsein und einer spürbaren emotionalen Erregung oder Aktivierung artikuliert (das entspräche weitgehend den definierten Merkmalen einer kognitiv-emotionalen Katharsis) als es sich in einer expressiven und motorischen Handlung ausdrückt (= somatisch-emotionale Katharsis).

¹ In der GENDLInschen Definition (!), nicht jedoch in der von PERLS' (1976).

D.h. die Experiencing-Skala von GENDLIN et al., 1970, erfaßt mit ihren inhaltlichen Abstufungen e h e r verbale Beschreibungen von damit verwandten Gefühlen als die somatisch-emotionale 'Entladung'.

Trotzdem kann vermutet werden, daß die Lebendigkeit, mit der Klienten ihre Gefühle beschreiben und schildern, einen gültigen Index für die Quantität und Intensität emotionalen Erlebens und Aktiviertseins darstellt.

Die Notwendigkeit für einen Klienten, nicht nur seine Gefühle zu beschreiben, sondern sie auch unmittelbar zu fühlen, Kontakt mit ihnen aufzunehmen und sie verbal auszudrücken, damit der therapeutische Prozess konstruktive Auswirkungen haben soll, wird durch eine Reihe vom empirischen Ergebnissen aus den Untersuchungen von GENDLIN und seinen Mitarbeitern belegt (vgl. z.B. GENDLIN et al., 1960; GENDLIN et al., 1968; GENDLIN, 1969).

Demgegenüber kann aus diesen Untersuchungen n i c h t auf die Bedeutung und den Wert einer somatisch-emotionalen Katharsis für den therapeutischen Prozess geschlossen werden.

7.3.2. Die 'somatisch-emotionale Katharsis'

Die direkteste Auswirkung einer somatisch-emotionalen Katharsis besteht in der F r e i s e t z u n g psychophysischer Spannungen. Wenngleich dieser Sachverhalt als trivial angesehen werden mag, so führt doch eine solche Spannungsreduktion via somatisch-emotionalen Ausdruck zu wichtigen veränderungsrelevanten Auswirkungen innerhalb des therapeutischen Prozesses.

Erinnert sich z.B. ein Klient an Ereignisse, die Angst hervorrufen und ist in der Lage, simultan zum Zeitpunkt dieses 'Wiederabrufens' eine somatisch-emotionale Katharsis zu erleben, dann impliziert dies einen angstinkompatiblen Zustand. - Eine weitere fortschreitende Entspannung - insbesondere der muskulären Komponenten - erlaubt zugleich eine tiefere Exploration des gefühlsspezifischen

Erlebens (= vergrößertes und differenzierteres Erleben einer kognitiv-emotionalen Katharsis).

Ein grundlegender Gesichtspunkt einer im therapeutischen Kontext stattfindenden somatisch-emotionalen Katharsis ist darin zu sehen, daß auf diesem Wege die Fähigkeit eines Klienten, Gefühle zu e r l e b e n und a u s z u - d r ü c k e n (mitunter drastisch), erweitert wird. - Katharsis mit ihrer somatisch-emotionalen Komponente beinhaltet etwas, vor dem sich neurotische Klienten in der Regel fürchten: das Gefühl, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren.

Klienten, die starke und widerstrebende Kräfte in sich selbst spüren, können bspw. sich davor fürchten, 'überzuschlagen'. Das bedeutet, daß ein großer Teil der vorhandenen individuellen Energien darauf verwendet werden, die Kontrolle über sich zu behalten.

Ein peripherer, wenngleich wesentlicher Gesichtspunkt bei der Einschätzung und Bewertung der therapeutischen Relevanz von somatisch-emotionaler Katharsis besteht darin, daß eine starke motorische 'Entladung' die Erwartungen an eine therapeutische Situation befriedigt: weil er so stark fühlbar ist, indiziert der Ausdruck von Gefühlen dem betreffenden Klienten klar und deutlich, daß "im Augenblick etwas ganz wichtiges mit mir geschieht".

U.E. findet der somatische, d.h. motorische Prozess des Ausdrückens und Ausagierens von Gefühlen sein kognitives Äquivalent im Aspekt des 'Bekennens' (s.o.): beide Aspekte beinhalten einen Punkt, von dem wir vermuten, daß er ein extrem tiefes und unverstelltes gefühlsspezifisches Involviertsein widerspiegelt.¹

¹ Wenngleich - und dies sollte ausdrücklich gesagt werden - damit selbstverständlich nicht die potentielle Gefahr eine Selbsttäuschung von Klient und Therapeut ausgeräumt ist.

Entscheidend ist u.E. das subjektive Kriterium des Klienten: das sichere und überzeugte Gefühl, daß er hier an einen 'Grenzbereich' gelangt ist, vor dem er große Angst verspürt.

Die große Zahl empirischer Untersuchungen, die im Rahmen der Verhaltensmodifikation durchgeführt wurden sowie eine Reihe von Beobachtungen - speziell aus der Implosions- und Reizüberflutungspraxis - unterstützen die Annahme sowohl der Existenz als auch der therapeutischen Relevanz einer somatisch-emotionalen Katharsis, wenngleich z.B. WOLPE und LAZARUS (1966) ausdrücklich darauf hinweisen, daß der Sachverhalt der 'Abreaktion' (= somatisch-emotionale Katharsis) sowohl hinsichtlich seiner begrifflichen und operationalen Fassung als auch der empirischen Überprüfung große Schwierigkeiten bereite.

So wies HOGAN (1968) nachdrücklich auf seine Beobachtung hin, daß implosive Therapiesitzungen ihrem Verlauf nach aus einer 'Kette' von emotionalen Ventilations- oder Entladungsprozessen bestünden.

Er vertritt die Auffassung, daß ein heftiges und oft gewaltsam herbeigeführtes emotionales Erlebnis als notwendiger Bestandteil des Therapieerfolges anzusehen sei.

Darüber hinaus betont HOGAN die Wichtigkeit, emotionale Widerstände des Klienten zu überwinden und verdrängtes Material wieder aufzudecken (HOGAN, 1969; vgl. auch FAZIO, 1970).

SHOBEN (1960) erklärt die therapeutische Effizienz des kathartischen Vorganges mit der "symbolischen Wiederherstellung verdrängter situativer (traumatischer, belastender, Angst-)Reize im Kontext einer warmen, permissiven und nichtbewertenden sozialen Beziehung zwischen Therapeut und Klient:

Das therapeutische Vorgehen zieht eine 'Re-Aktivierung' traumatischer Reaktionen nach sich, die durch das kathartische (kognitiv-/somatisch-emotionale) Erleben gelöst werden.

SHOBEN vertritt weiterhin die Auffassung, daß eine somatisch-emotionale Katharsis für die erforderliche emotionale Freisetzung und Entspannung Sorge, die einer (kognitiven) Neu-Überprüfung und -Integration (vormals) traumatischer Erlebnisse vorausgehen müßte.

Obgleich STAMPFL die kognitiv-emotionale Komponente kathartischen Erlebens betont - Wiedererinnern verbunden mit dem Vorgang, unangenehmen oder schmerzhaften Gedanken und Bildern ausgesetzt zu werden - scheint es hingegen eher so zu sein, daß aufgrund der somatischen Entladung ihre positiven Veränderungen erzielt werden. NICHOLS und ZAX (a.a.O., S. 164) verweisen auf zwei Beobachtungen, die diese Behauptung stützen:

"First, symptom-contingent cues are usually not difficult to remember. In fact, they are readily accessible to consciousness. Therefore it seems likely that their impact is due to the somatic-emotional results that follow imagining them. That is, no new cognitions are discovered in this process; instead, unpleasant events of which the patient is already aware are kept in consciousness long enough to produce discharge. Secondly, it seems that hypothesized cues are extremely unlikely to generate forgotten material. Instead, these fantastic scenes are simply the sort of material uniquely suited to provoke the most intense somatic-emotional reactions in each individual patient" (NICHOLS und ZAX, a.a.O., S. 164).

Auf der Grundlage dieser Beobachtungen und Überlegungen baut auch eine empirische Untersuchung von NICHOLS (1974) auf, in der es darum ging, eine erlebnis- und gefühlsorientierte Behandlung (d.h. unter Verwendung von gestalttherapeutischen EAI) mit einem traditionellen, verbalinhaltlich- und einsichtorientierten psychoanalytischen Behandlungsansatz zu vergleichen, und speziell den Einfluß einer somatisch-emotionalen Katharsis auf die Veränderung der Symptomatik der Klienten zu evaluieren.

Die entscheidende Behandlungsvariable bestand in der 'somatisch-emotionalen Entladung' (Lachen, Weinen, Schreien usf.). - Um unterschiedliche Niveaus kathartischer Entladung zu gewährleisten, war jeder der 6 teilnehmenden Therapeuten angewiesen worden, die Hälfte seiner Klienten (insgesamt 42) unter Verwendung von Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem Rahmen der GEST, und die andere Hälfte verbal- und einsichtorientiert zu behandeln.

Auf diese Weise war es zugleich möglich, zu bestimmen, ob EaI tatsächlich geeignet sind, ein intensives kathartisches Erleben zu fördern bzw. zu evozieren, und ob sich Unterschiede hinsichtlich der Effektivität erlebnisaktivierender bzw. einsichtorientierter Therapie - unabhängig vom Auftreten kathartischer Effekte - aufzeigen lassen.

Die auf der Zuweisung zu den beiden Behandlungsgruppen basierende Datenanalyse zeigte, daß

1. unter den erlebnisaktivierenden Behandlungsbedingungen (a) die Therapeuten - tatsächlich - signifikant häufiger EaI verwendeten (eine wichtige Voraussetzung für die weitere Analyse und Interpretation der Befunde!), und (b) die EaI in einem bedeutsamen korrelativen Zusammenhang mit einem höheren Ausmaß an emotional-somatischer Katharsis standen - ein Ergebnis, das die Wirksamkeit erlebnisaktivierender Techniken und Interventionen, wie z.B. 'Innerer Dialog', 'Wiederholung affektgeladener Klientenäußerungen', 'Übertreibung ausdrucksreduzierter Bewegungen' usf. in bezug auf die Induzierung kathartischer Prozesse unterstreicht.
2. 'Hohe Entlader' sich signifikant stärker hinsichtlich (zu Beginn der Behandlung formulierter) Verhaltensziele verbesserten und positive(re) Trends innerhalb eines Verhaltenstests aufwiesen als die Vergleichsgruppe ('einsichtorientierte Behandlung'). - Diese Befunde wurden auch anhand einer Daten-Nacherhebung erhärtet.

Die empirische Untersuchung von NICHOLS (1974) zeigt, daß eine 'katharsisorientierte', d.h. - in der im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingeführten Terminologie: - erlebnisaktivierende Therapie zu signifikant höheren Niveaus somatisch-emotionaler Katharsis als die Vergleichsgruppe führt (lauter Ausdruck von Ärger, Lachen, Weinen usf.). Diese Ergebnisse weisen zudem auf den extremen Unterschied hin, der zwischen dieser erlebnisorientierten Form therapeutischer Behandlung und den traditionellen verbal-inhaltlich orientierten (z.B. dem orthodoxen klientenzentrierten Konzept) Ansätzen besteht, nämlich der Herbeiführung

einer anhaltenden und intensiven Gefühlsentladung (sog. emotional discharge).

NICHOLS (1974) faßt die hier referierten Befunde seiner empirischen Untersuchung als wichtige Anhaltspunkte für die Annahme, daß erlebnisaktivierende Behandlungsformen *r e a l i t e r* kathartisches Erleben hervorzurufen in der Lage sind, sowie als Hinweis auf den Zusammenhang zwischen diesem Prozess und konstruktiven Veränderungen neurotischer Klienten auf, eine Hypothese, deren Richtigkeit noch in weiteren empirischen Untersuchungen näher zu überprüfen sein wird.

7.3.3. Schlußfolgerungen

Wir glauben nicht, daß solche kathartischen - vor allen Dingen die 'somatisch-emotionalen' - 'Grenzerfahrungen' (wie wir sie weiter oben genannt haben) durch verbal-orientierte Therapiemethoden¹ (etwa in der Form eines reinen, d.h. ausschließlich klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens) ermöglicht bzw. erleichtert werden, einfach weil diese nicht *d i r e k t* und *m a s s i v* genug solche neurotischen Reaktionsmuster anzugehen bereit (!) und in der Lage sind, die ja Ausdruck einer gelernten erfolgreichen *V e r m e i - d u n g* bedrohlicher situativer Reize sind.

Dies spiegelt sich ja auch in der unterschiedlichen inhaltlichen Auffassung von 'experiencing' wider: während die Definition des 'experiencing' bei GENDLIN (der sich

¹ Vgl. hierzu auch unsere lerntheoretische Differenzierung der unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen im Abschnitt II. 6.2.1. 'Zur Gefahr einer Paradigma-Kollision' der vorliegenden Arbeit.

mit seiner 'Experiential therapy' immer noch innerhalb des - wenn auch weiter gesteckten - Rahmens der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bewegt), eher komplexe kognitiv-emotionale Prozesse des Fühlens und deren wahrnehmungsspezifische Erfassung durch den Klienten bezeichnet, betont demgegenüber die gestalttherapeutische Auffassung stärker die körpersensationellen, motorischen und verhaltensmäßigen Anteile und Aspekte eines aktuellen 'Erlebensprozesses' verknüpft mit dem intensiven 'Durchleben' von Gefühlen sowie dem 'Ausleben' ('acting out') spezifischer Emotionen wie 'Freude', 'Wut' usf.

Solange wie konditionierte neurotische Reaktionen auf ursprüngliche Reizkonfigurationen für den Klienten am einfachsten und schnellsten durch Flucht- und Vermeidungsreaktionen reduzierbar sind, d.h. nicht gelöscht werden, werden sie - wahrscheinlich - immer wieder durch neue Situationen hervorgerufen.

Um solche konditionierten emotionalen Reaktionen wirklich zu löschen, besteht u.E. die Notwendigkeit, die ursprüngliche Reaktion vollständig, d.h. k o g n i t i v u n d s o m a t i s c h (im oben definierten Sinne) erneut zu replizieren.

Dies kann nur dann erreicht werden, wenn beide Formen intensiven aktuellen Erlebens innerhalb des therapeutischen Prozesses angemessen berücksichtigt werden: d.h. sowohl der 'kognitiv-emotionale' als auch der 'somatisch-emotionale' Teilaspekt einer Katharsis.

Beide Prozesse sind insofern miteinander verwandt, als sie unterschiedliche Positionen auf ein- und demselben Kontinuum zur Beschreibung von Klienten-Verhaltensweisen einnehmen, dessen Ausprägungsextreme auf der einen Seite (A) 'leidenschaftsloses, unbeteiligtes und abstraktes Intellektualisieren', und auf der anderen (B) 'gefühlsspezifisches Erleben und Freisetzen von Emotionen' lauten.

Wenngleich also der bisherige Forschungsstand im Hinblick auf die empirische Überprüfung des Konzeptes der 'somatischen und kognitiven emotionalen Katharsis' noch nicht zu befriedigenden theoretischen Modellen zur Beschreibung und Explikation spezifischer Wirkmechanismen kathartischen Erlebens und der Ursachen ihrer - von uns vermuteten - therapeutischen Effizienz geführt hat, noch eine breitere und systematisiertere Basis an empirischen Forschungsergebnissen vorliegt, die genauere Hinweise daraufhin erlauben, zu welchem Zeitpunkt, auf welche Weise bzw. vermittels welcher Vorgänge und bei welchen Klienten 'Katharsis' von therapeutischem Nutzen sein kann, halten wir aufgrund der im Rahmen dieses Abschnittes vorgetragenen Überlegungen und Befunde zumindest die Annahme für gerechtfertigt, daß ein kathartisches Erleben dann am wirksamsten sein dürfte, wenn sowohl der kognitive als auch der somatische Aspekt darin enthalten sind.

Wenn es zutrifft, daß der somatisch-emotionale Ausdruck von Gefühlen wesentlich zum erfolgreichen Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung beiträgt, und demzufolge eine Herbeiführung von somatischen und kognitiv-emotionalen Prozessen am günstigsten für den Klienten ist, dann impliziert dies zugleich, daß solche 'Ereignisse' am ehesten durch ein therapeutisches Vorgehen bewirkt werden kann, welches beiden Aspekten Rechnung trägt: nämlich durch eine Kombination von klientenzentriertem gesprächspsychotherapeutischem, d.h. einfühlsamen und reflexionsbetonten Vorgehen mit aktionsbetonten Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie.

Das von uns hier vorgestellte und erweiterte bzw. modifizierte 'Katharsis-Modell' von NICHOLS und ZAX (1977) bietet u.E. ein geeignetes explikatives Rahmenmodell für eine solche kombinierte therapeutische Praxis, in das die verschiedenen Klientenprozesse ('experiencing' bzw.

DIE 'SCHULEN' (Basiskonzepte therapeutischen Handelns)

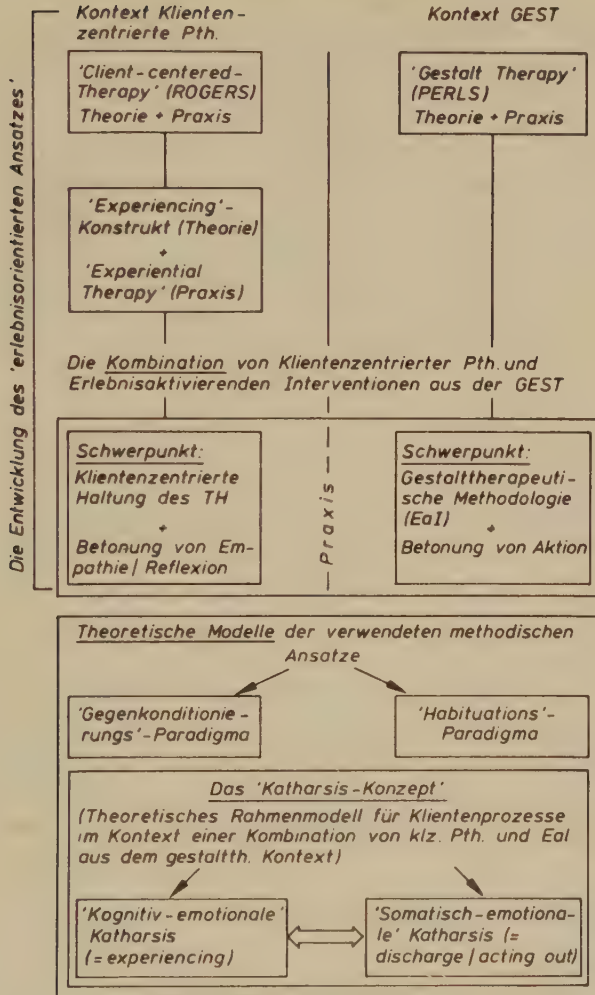


Abb. 1: Grafische Darstellung der Entwicklung des 'Erlebnisorientierten Ansatzes' und der darauf bezogenen theoretischen Erklärungsmodelle

'discharge' und 'acting out') als notwendige komplementäre Formen eines intensiven gefühlsmäßigen Erlebens eingeordnet werden können.

Wir haben versucht, dies in der vorangegangenen ÜBERSICHT (Abb. 1) anschaulich darzustellen.

III. ERARBEITUNG VON UNTERSUCHUNGSZIELEN UND ABLEITUNG SPEZIFISCHER FRAGESTELLUNGEN

In den deutschsprachigen empirischen Untersuchungen der jüngeren Zeit wurde nicht nur versucht, die von GENDLIN et al. (1960, 1961 und 1968) sowie von KIESLER (1966) vorgelegten Untersuchungsbefunde zur Klienten-Prozessvariable 'Experiencing' und deren Zusammenhang zum 'Therapieerfolg' zu replizieren, sondern weiterführende Aussagen zu einer Form therapeutischer Behandlung, die auch wirklich der Charakterisierung 'erlebnisorientierte Therapiepraxis' entspricht¹ (vgl. dazu HAMPRECHT und SULEIMAN, 1979, sowie PETRASCH-HÜTTL und WELK, 1979) zu machen.

Es handelt sich dabei um Pilot-Untersuchungen, in denen der Schwerpunkt darauf liegt, den Zusammenhang zwischen einem erlebensorientierten und -intensivierenden Ansatz einerseits und dem 'Experiencing' des Klienten (und damit die Beeinflussung des Therapie-'Erfolges') andererseits zu untersuchen.

Wie auch in den vorangegangenen Untersuchungen, z.B. von KIESLER (1971 b) sowie von BOMMERT und DAHLHOFF (1976) wurden dort Instrumente zur Erfolgs- und Prozessmessung eingesetzt, um den Zusammenhang zwischen dem sog. Erfolg einer Therapie u n d Prozessvariablen ihres Verlaufes aufzuklären.

Diese Formen der Messung von Veränderungen wurden mit dem Ziel kombiniert, um

¹ So beanstandet BENSE (1977) im Rahmen einer Kritik der empirischen Untersuchung von BOMMERT und DAHLHOFF (1974), daß der 'traditionelle Gesprächsstil' klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeuten nur sehr selten so erlebnisaktivierend ist, daß die höheren Stufen der GENDLINschen Experiencing-Skala zum Tragen kommen. - Unter diesem Blickwinkel sei es angemessener, Therapeuten zu wählen, die auch (wirklich) erlebensaktivierender vorgehen (S. 79).

- (1) den Zusammenhang zwischen Experiencing und Therapieerfolg von Klienten zu untersuchen (d.h. die Untersuchungen bzw. die Ergebnisse der o.g. Autoren zu replizieren) und
- (2) die differentielle Wirkung einzelner, mit einem klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Verhalten kombinierte "erlebnisaktivierende" Interventionsformen auf die Klientenvariable 'Experiencing' (EXP) zu überprüfen.

Neuartig am methodischen Ansatz der zitierten dt. Untersuchungen ist, daß hier versucht wurde, nicht nur die Seite der 'Abhängigen Prozess-Variable EXP' (wie bislang) zu betrachten, sondern der Frage nachzugehen, welche therapeutischen Methoden unmittelbar auf diese Klienten-Variable Einfluß nehmen, konkret: das Erleben eines Klienten fördern. D.h., der weiterführende Schritt, der hier im Rahmen der Erforschung erlebnisorientierter Therapie vollzogen wurde, besteht darin, zu untersuchen, inwieweit eine Reihe von à priori als 'erlebnisaktivierend' charakterisierte Interventionen eines Therapeuten tatsächlich hinsichtlich dieses Anspruches einer empirischen Überprüfung standhalten.

In diese Richtung zielen auch die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung.

Wie wir dies eingehend im Rahmen des vorangegangenen THEORIETEILES, insbesondere im Zusammenhang mit der 'Erweiterung des erlebnisorientierten Klientenzentrierten Ansatzes' (u.a. COCHRANE und HOLLOWAY, 1974; RICE, 1974) dargestellt haben, sprechen Klienten oft im Kontext einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung so ü b e r ihre Schwierigkeiten, Konflikte und Ängste sowie den (vermutlich) damit einhergehenden Empfindungen, als seien sie in Wirklichkeit innerlich kaum daran beteiligt.

Dabei schlägt sich die Vermeidung eines a k t u e l - l e n Beteiligtseins ('Erlebens') an dem, was der Klient seinem Therapeuten mitteilt ('Wie geht es mir j e t z t, wenn ich dies erzähle?') häufig in ganz spezifischen Verhaltensweisen nieder:

- in der Vernachlässigung eines gegenwartsorientierten sprachlichen Verhaltens (Sprechen in der Vergangenheit);
- in der Bevorzugung verallgemeinernder und depersonalisierender Redewendungen ('man', 'es', usw.);
- in der Nichtbeachtung bzw. Unterdrückung non- und paraverbalen (körpersprachlicher) Vorgänge und Mitteilungen.

Gelingt es dem Therapeuten, seinen Klienten über bestimmte intensivierende Verhaltensweisen ('Interventionen') zu einem aktuelleren und direkteren Mit-Fühlen und Mit-Erleben anzuleiten, dann - so lautet unsere Grundannahme - erhöht ein solches direktes und unmittelbares Erleben die Auseinandersetzung des Klienten mit seinen persönlichen Schwierigkeiten, die wiederum zu einer positiven Veränderung (i.S. eines Therapie-Fortschrittes) führt.

Gegenstand dieser Arbeit ist es also, zu klären, welche Bedeutung den sog. erlebnisaktivierenden Interventionen eines Therapeuten beizumessen ist:

Die beiden zentralen Ziele dieser Arbeit bestehen darin, empirisch die Annahmen zu überprüfen

- o ob die per definitionem als 'erlebensintensivierend' charakterisierten Interventionen und Übungen tatsächlich auch den Prozess eines unmittelbaren und direkten Erlebens ("Experiencing") vertiefen, d.h. den Klienten emotional stärker am therapeutischen Geschehen beteiligen, und ob sich diese Interventionen (EaI) hinsichtlich der von uns hypostasierten Wirksamkeit (Vertiefung des 'experiencing') voneinander unterscheiden.

- o daß die Tiefe des Klientenerlebens ("Experiencing") in einer mit einer Kombination von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EaI behandelten Klientengruppe (EG) sich deutlich von der jener unterscheidet (i.S. eines signifikant höheren Experiencing-Niveaus), die einer rein klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung unterzogen wurden (KG).
- o Ein weiteres - den genannten Fragestellungen untergeordnetes Ziel - kristallisiert sich in der Frage, inwieweit bei einer realiter erfolgten 'Intensivierung des Erlebens' von Klienten auch günstige Veränderungen auf den Meßinstrumenten zur Therapie "Erfolgs"messung (VEV sowie FPI) nach Abschluß der Behandlung erwartet werden können.

Daß dieser Zusammenhang nicht als selbstverständlich angenommen werden kann, wird durch die Untersuchungen der letzten Jahre und deren z.T. heterogenen Befunde nahegelegt (vgl. hierzu besonders BENSE, 1977, sowie BELLENDORF et al., 1981).

Neben den genannten Fragestellungen unserer Untersuchung, deren empirische Klärung im Vordergrund steht, wollen wir uns darüber hinaus den folgenden - in unserem THEORIE-TEIL behandelten - 'Themen' widmen:

- o Der empirischen Überprüfung der à priori - Indikationsstellungen bezüglich der 'Symptomspezifität' (z.B.: "Eine Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EaI ist bei Klienten mit depressiver Symptomatik angezeigt.").
- o Der empirischen 'Exploration' der von uns hypostasiierten 'Paradigma-Kollision' (i.S. einer geringen praktischen Kompatibilität von klientenzentriertem und erlebnisaktivierendem Vorgehen).

Bevor wir uns einer genaueren Formulierung der hieraus abgeleiteten spezifischen Fragestellungen für die empiri-

sche Überprüfung zuwenden, sollen hier die wesentlichen Merkmale der vorliegenden Arbeit in Gegenüberstellung zu den bisherigen empirischen Studien kurz charakterisiert werden:

Im Sinne eines wirklich 'erlebensintensivierenden therapeutischen Ansatzes' wird in einer der beiden Untersuchungs-(Behandlungs-)Gruppen ('EG') ein entsprechendes therapeutisches Konzept

- in Form einer Kombination von Klientenzentriertem Vorgehen mit der Verwendung einer Reihe genau definierter und operationalisierter EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie
- unter bestimmten Indikations-'Leitlinien' realisiert.

Die therapeutischen Behandlungen wurden

- von 21 Therapeuten (sog. Juniorthérapeuten) mit vergleichbarer Ausbildungszeit und klientenzentrierter Kompetenz
- über 10 Gesprächskontakte à 45 Minuten (reiner Gesprächsdauer) je Klient, sowie
- an 45 Klienten aus unterschiedlichen Bevölkerungsschichten

durchgeführt.

Die folgenden spezifischen Fragestellungen sollen im Rahmen unserer empirischen Untersuchungen beantwortet werden:

- (1) "Welche Auswirkungen haben EaI, die in ein klientenzentriertes gesprächspsychotherapeutisches Handlungskonzept einbezogen werden auf das Selbsterleben von Klienten?"

Spezifischer:

"Vertiefen die - per definitionem - als 'erlebnis-aktivierend' bezeichneten Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie tatsächlich den Erlebensprozess ('Experiencing') eines Klienten bzw. beteiligen sie ihn stärker am therapeutischen Geschehen?"

"Unterscheidet sich die Tiefe des Selbsterlebens ('Experiencing') in einer erlebensorientiert, d.h. kombiniert behandelten Klientenstichprobe ('EG') von derjenigen, die rein klientenzentriert behandelt wurde?"

- (2) "Inwieweit kann bei einer tatsächlich erfolgten Intensivierung des Klienten-Selbsterlebens ein günstigeres Therapie-Gesamtergebnis (Therapie-'Erfolg') erwartet werden?"
- (3) "Lassen sich die bereits vorhandenen symptomspezifischen Indikationen eines erlebnisorientiert ausgerichteten (kombinierten) therapeutischen Vorgehens empirisch sichern?"
- (4) "Spiegelt sich die (theoretische) Auffassung von einer 'Paradigma-Kollision' (i.S. einer unzureichenden - derzeitigen - praktischen Kompatibilität von klientenzentriertem und erlebnisaktivierendem Vorgehen) auch in den empirischen Befunden der Verlaufsmessung wieder?"

Spezifischer:

"Welche Schwierigkeiten und Probleme bereitet ein kombiniertes erlebnisorientiertes Therapeutenverhalten den Klienten, und wenn ja, wie sind diese zu bewerten?"

"Welche Auswirkungen und Konsequenzen hat der (erweiterte) Handlungsspielraum einer kombinierten erlebnisorientierten therapeutischen Arbeit auf Verhalten und Erleben des Therapeuten?"

IV. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

1. UNTERSUCHUNGSPLAN

1.1. Überblick

An der Untersuchung nahmen insgesamt 45 Klienten teil. Sie wurden nach Geschlecht, Alter, Ausbildung/Berufstätigkeit und Ausmaß der persönlichen Belastung untereinander parallelisiert und nach einem Zufallsverfahren den beiden Untersuchungsgruppen (EG bzw. KG) mit den folgenden Behandlungsbedingungen zugewiesen:

EG: 22 Klienten führten je 10 Einzelgespräche von jeweils 45-minütiger Dauer mit Therapeuten, die ihnen gegenüber ein therapeutisches Verhalten realisierten, das aus einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext bestand. Diese Therapeuten hatten ein spezielles 100stündiges Zusatz-Training erhalten, in dem sie gelernt hatten, beide therapeutischen Vorgehensweisen miteinander zu kombinieren. - Folgende EaI waren trainiert worden:

- I. - "Umformungen des sprachlichen Ausdrucks"
- II. - "Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit"
- III. - "Intensivierung von Empfindungen"
- IV. - "Wiederholung und Übersteigerung"
- V. - "Innerer Dialog"

Die Therapeuten waren angewiesen worden, diese EaI in Übereinstimmung mit den entsprechenden Indikationshinweisen in den Gesprächskontakten 3 - 8 zu realisieren. Die ersten und letzten beiden Kontakte sollten ausschließlich klientenzentriert geführt werden.

KG: 23 Klienten führten ebenfalls je 10 Einzelgespräche von jeweils 45 Minuten Dauer mit einer anderen Gruppe von Therapeuten, die rein klientenzentriert mit ihnen arbeiteten.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Anordnung mit Kontrollgruppe (KG = GPTH-Behandlung), allerdings ohne Kontroll-Wartegruppe. In ihrer Anlage und Durchführung entspricht sie im wesentlichen den Bedingungen (Symptomatik des Klienten; Ausbildung der Therapeuten; Durchführung und Dauer der Therapien), die für eine überwiegende Zahl von Klienten deutlich konstruktive psychische Änderungen in Form der Beseitigung vielfältiger Erlebens- und Verhaltensstörungen (vgl. z.B. die Ergebnisübersicht bei BOMMERT, 1979, und TAUSCH, 1979) erwarten lassen.¹

Wir sind mit PLESSEN (1979) der Auffassung, daß vor diesem 'Ergebnis-Hintergrund' der Vergleich mit einer Kontroll-Wartegruppe (nicht zuletzt aus Gründen, die sich aus dem erheblichen zusätzlichen Arbeits- und Zeitaufwand herleiten!) verzichtbar ist.

Alle der teilnehmenden 21 Therapeuten verfügten über einen vergleichbaren Ausbildungsstand in Klinischer Psychologie sowie in der klientenzentrierten Behandlung von psychoneurotischen Klienten. Sie wurden hinsichtlich des Merkmalsbereiches 'Kompetenz in der Verwirklichung von klientenzentriertem gesprächstherapeutischen Verhalten' eingeschätzt, parallelisiert und per Zufall einer der beiden Untersuchungsgruppen (EG bzw. KG) zugewiesen.

¹ Die bei Psychotherapie-Klienten aufgrund von GPTH zu erwartenden generellen Veränderungen beschreibt TAUSCH (1976) aufgrund einer Zusammenfassung der Befunde von über 500 Klienten und 15 Psychotherapeuten (a.a.O., S. 62).

Jeder der Therapeuten behandelte (mit einer Ausnahme) jeweils zwei Klienten und wurden - getrennt nach den Behandlungsgruppen - von verschiedenen Ausbildern in Kleingruppen und wöchentlichem Abstand über den gesamten Behandlungszeitraum supervidiert.

Im Rahmen der Untersuchung wurden

- Situations-(Experiencing-) Verlaufs- und Erfolgsmessungen vorgenommen;
- Meßinstrumente entwickelt und appliziert, die zu einer Differenzierung zwischen den behandlungsspezifischen Verlaufsmustern eines klientenzentrierten therapeutischen Ansatzes bzw. einer Behandlungs'kombination' aus klientenzentriertem und erlebnisaktivierenden Vorgehen beitragen könnten;
- differentielle Hypothesen bezüglich der Indikation bzw. Kontraindikation eines sog. integrativen therapeutischen Vorgehens geprüft.

Die verschiedenen Meßzeitpunkte und die angewendeten Meßinstrumente sollen im folgenden ausführlich beschrieben werden.

2. MESSZEITPUNKTE

Zur empirischen Überprüfung der Untersuchungs-Fragestellungen (s. weiter oben S. 139 ff.) wurden neben den Instrumenten zur Situationsmessung in ihrer zentralen Bedeutung für die vorliegende Untersuchung auch Verfahren zur Therapie-Verlaufsmessung sowie einige Meßinstrumente zur Erfassung der Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt vor Beginn und nach Abschluß der Behandlung (sog. Therapie-Erfolgsmessung) eingesetzt. Diese drei verschiedenen Formen der Datengewinnung sollen hier nacheinander dargestellt werden.

2.1. Situationsmessung

Als Zeitpunkte für diese Form der Datenerhebung wurden

- die Gesprächskontakte 3, 6 und 9 in 9-Minuten-Segmente unterteilt und diese Zeitabschnitte von unabhängigen Ratern hinsichtlich des Klienten-Merkmales 'Experiencing' beurteilt;
- die Gesprächskontakte 3, 6 und 9 hinsichtlich des Vorhandenseins (bzw. Nichtvorhandenseins) der Unabhängigen Variable (UV) 'Erlebnisaktivierende Intervention' (EaI) analysiert und diese unterschiedlichen Interventionsklassifizierungen (EaI I - V; vgl. IV. 4.2.1. Das Trainingsmanual, S. 178 ff.) zugeordnet.

Folgende Meßverfahren wurden zu diesem Zweck eingesetzt:

- o die 'Experiencing-Skala' von E.T. GENDLIN in ihrer deutschen Fassung von DAHLHOFF und BOMMERT (1978) als ein 'Subjektives Fremdeinschätzungsverfahren' zur Erhebung der Klientenvariablen "Experiencing";

- o ein 'Subjektives Fremdeinschätzungsverfahren zur Erhebung und Klassifizierung von Erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI) des Therapeuten'.

2.2. Verlaufsmessung

Als Zeitpunkte für die Verlaufsmessung wurde jeweils das Ende der Gesprächszeit der einzelnen Kontakte (d.h. nach Ablauf von 45 Minuten) gewählt ($T_1 - T_{10}$).

Es handelt sich dabei um folgende Meßverfahren:

- o den 'Stundenbegleitbogen Klient' (SBK)
($T_1 - T_{10}$) von ESSER (1978 c);
- o den 'Stundenbegleitbogen Therapeut' (SBT)
($T_1 - T_{10}$) von ESSER (1978 c).

2.3. Erfolgsmessung

Zur Erfassung der Veränderungen der Klienten zwischen Behandlungsbeginn und -ende wurden folgende Zeitpunkte festgelegt:

Zeitpunkt I : als Vorher-Test vor Beginn des 1. Therapie-Gespräches.

Zeitpunkt II : als Nachher-Test nach Beendigung der therapeutischen Behandlung, spätestens jedoch nach dem 10. Therapiegespräch.

Folgende Meßinstrumente wurden zum Zeitpunkt I allen Klienten appliziert:

- o das 'Freiburger Persönlichkeits-Inventar' FPI (Halbform A) von FAHRENBERG, SELG und HAMPEL (1978³);

- o das 'Depressions-Inventar' BDI von A.T. BECK et al. (1961);
- o das 'State-Trait Anxiety Inventory' STAI von SPIELBERGER, GORSUCH und LUSHENE (1970) (dt. Übersetzung von BARTLING/FIEGENBAUM, 1978);
- o die Items des Faktors 'Generelle Unsicherheit' des 'Unsicherheits-Fragebogens' von ULRICH DE MUYNCK und ULLRICH (1976).

Die Verfahren (1) - (4) wurden unmittelbar vor Beginn des ersten Gespräches (in Gegenwart des Therapeuten) vom Klienten ausgefüllt; dafür standen etwa 1/2 Stunde zur Verfügung.

Zum Meßzeitpunkt II wurde allen Klienten zusätzlich zu den genannten Testverfahren (1) - (4) der

- o 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens' VEV von ZIELKE/KOPF-MEHNERT (1978) appliziert.

Auf der nachfolgenden Seite wollen wir noch einmal die einzelnen Phasen der Untersuchungsdurchführung grafisch veranschaulichen (Abb. 2).

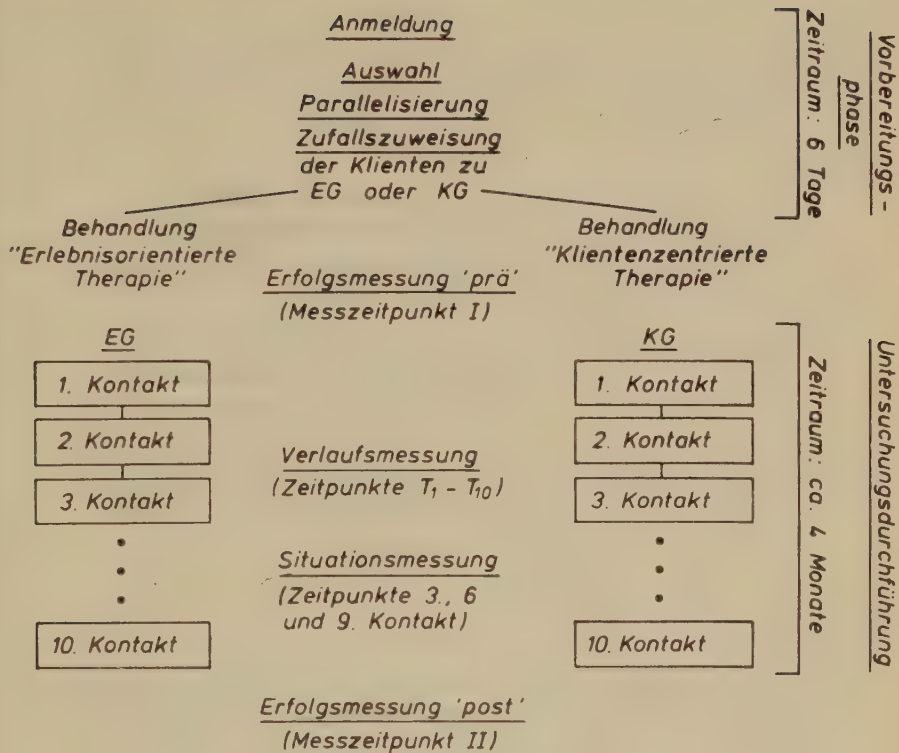


Abb. 2: Schema zum zeitlichen Verlauf der Untersuchung

3. BESCHREIBUNG DER MESSINSTRUMENTE

Die verschiedenen Formen von Meßinstrumenten, die hier zum Nachweis therapiebedingter Veränderungen¹ herangezogen werden, lassen sich danach unterscheiden, ob es sich dabei um

1. spezifische Verfahren zur psychotherapiebedingten ('therapiezielorientierten') Veränderungsmessung handelt (z.B. Experiencing-Skala von GENDLIN sowie der VEV von ZIELKE/KOPF-MEHNERT), oder um
2. allgemeine Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik, die u.a. auch zur Veränderungsmessung "zweckentfremdet" werden können (z.B. der FPI von FAHRENBERG et al.).

Die von uns verwendeten Meßverfahren zur Erfassung therapiebedingter Veränderungen ermöglichen - nach Anwendung bestimmter Auswertungsmethoden - statistisch gesicherte Aussagen über etwaig eingetretene Veränderungen von Klienten.

Ob und in welchem Ausmaß diese unterschiedlichen Verfahren im Umfang, Inhalt und Richtung solche Veränderungen in vergleichbarer Weise anzeigen bzw. ob durch unterschiedliche Veränderungs-Indices eben auch differierende Veränderungsaspekte erfaßt werden, ist Bestandteil unserer Untersuchung.

¹ Vergleiche zum Thema "Erfolgskontrolle in der psychotherapeutischen Praxis" z.B. die Arbeit von PLESSEN (1979), sowie AUCKENTHALER (1980).

3.1. Situationsmessung

3.1.1. Ein subjektives Fremdeinschätzungsverfahren zur Erhebung der Klientenvariablen 'Experiencing' ('Experiencing-Skala' von GENDLIN in der dt. Fassung von DAHLHOFF und BOMMERT)

Zur Überprüfung unserer zentralen Untersuchungsfrage, welche Auswirkung erlebnisaktivierende Interventionen des Therapeuten auf die Veränderung der Klientenvariable 'Experiencing' haben, wurde die 'Experiencing-Skala' von GENDLIN u. TOMLINSON (1962) in der dt. Fassung von DAHLHOFF und BOMMERT (1978) zur Einschätzung der Klientenäußerungen herangezogen.¹

Im Rahmen der Untersuchung entschieden wir uns dafür, die Variable 'Experiencing' in drei Gesprächskontakten vollständig, d.h. jeweils über eine Dauer von 45 Minuten hinweg, zu erfassen und einzuschätzen.

Da es uns darauf ankam, dennoch möglichst (1) repräsentative Stichproben zu erheben, u n d (2) solche Kontakte zu erfassen, in denen Erlebnisaktivierende Interventionen von den Therapeuten mit gleichbleibend hoher Wahrscheinlichkeit eingesetzt werden, entschieden wir uns für die Auswahl eines Anfangs- (3.), eines Mittel- (6.) sowie eines Therapie-Endkontaktes (9.).

Wegen des angezielten Befundzusammenhanges zu der Therapeuten-Variable 'Erlebnisaktivierende Interventionen'

¹ Wir verzichten hier auf die Darstellung und Beschreibung der 'Experiencing-Skala'. Nähere Einzelheiten dazu sind dem Kap. II. 2.1. sowie dem ANHANG (Beschreibung der einzelnen Stufen) B₆ zu entnehmen. Vgl. hierzu auch BELLENDORF et al., 1981.

- letztere impliziert Aussagen über jeweils vollständige Gesprächskontakte hinweg - war es erforderlich, die Kontakte 3, 6 und 9 jeweils vollständig einschätzen zu lassen. Da als Richtwert für die Dauer eines Gespräches 45 Minuten vorgegeben waren, wurden die ersten 45 Minuten in Segmente à 9 Minuten unterteilt, so daß sich für die o.g. Kontakte stets 5 gleichlange Stichproben ergeben.

	3. Kontakt	6. Kontakt	9. Kontakt
EG			
	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14 15
KG			

Wir gehen davon aus, daß kürzere Segmente (z.B. mit einer Länge von 4 Minuten) den Besonderheiten erlebnisaktivierender Interventionen kaum gerecht werden. In der Interaktion mit dem Klienten erstrecken sich - erfahrungsgemäß einige der EaI (insbesondere beim 'Inneren Dialog') über vergleichsweise längere Zeiträume als die gesprächspsychotherapeutischen Verbalisierungen des Therapeuten.

Die Untersuchung von KIESLER et al. (1964) gibt u.a. Hinweise darauf, daß längere Stichproben zwar nicht die Zuverlässigkeit der EXP-Messungen, die Interrater-Re-Rate-Reliabilität sowie die relative Position der EXP-Werte verändern, daß sie es jedoch den Ratern erleichtern, sich zugunsten höherer EXP-Niveaus zu entscheiden bzw. zwischen EXP-Spitzen- und Modalwerten zu differenzieren, weil sie eher gefühlsmäßige Entwicklungen beim Klienten wahrnehmen können, die bei kürzeren Zeitintervallen abrupt unterbrochen würden.

3.1.1.1. Rater-Training

Zur Einschätzung der Tonbandausschnitte mithilfe der EXP-Skala stellten sich 19 Psychologie-Studenten/-innen (vor und nach der Diplom-Vorprüfung) zwei Wochen lang zur Verfügung, die zuvor an einem intensiven Rater-Training teilnahmen. Die Konzeption dieses Trainings orientierte sich an dem von DAHLHOFF und BOMMERT (1978) entwickelten Manual.¹

3.1.1.2. Durchführung des Ratings

Insgesamt waren 450 9-minütige Segmente (28 Therapien mit jeweils drei Kontakten) einzuschätzen. Die Segmente wurden nach einem Zufallsverfahren gemischt und in der neuen Zusammenstellung von den Originaltonbändern auf neue Ton-Cassetten überspielt. Damit sollten

- Effekte der Reihenfolge bei der Darbietung des Materials gering gehalten werden
- die im Untersuchungsplan vorgesehene Differenzierung in EG und KG für die Rater verdeckt bleiben.²

Die Rating-Teilnehmer wurden in 3er Gruppen mit wechselnder Zusammensetzung eingeteilt, die pro Sitzung maximal 10 Segmente einschätzten. Das gesamte EXP-Rating erstreckte sich über einen Zeitraum von 14 Tagen.

In Anlehnung an die von DAHLHOFF und BOMMERT (1978) vorgeschlagene Instruktion wurden die Rater angewiesen

¹ Nähere Einzelheiten zur Durchführung des Rater-Trainings sind der Diplomarbeit von BELLENDORF, GROß und NEUDENBERGER zu entnehmen (1981).

² Die Rater besaßen keinerlei Informationen über die

- das durchschnittliche EXP-Niveau (EXP-Modus) und den maximalen EXP-Wert (EXP-Spitze) des Klienten im jeweiligen Segment zu bestimmen
- Therapeutenäußerungen - soweit dies überhaupt möglich ist - außer Acht zu lassen
- sich schriftliche Notizen beim Abhören der Gesprächsausschnitte zu machen.

Darüber hinaus wurden die Rater angehalten, auf einem vorbereiteten Beurteilungsbogen

- ihre Einschätzungen zunächst unabhängig voneinander abzugeben, und
- anschließend in einer Diskussion ein Gruppenurteil herbeizuführen.

Nach Abschluß des Ratings lagen pro Segment drei EXP-Modus sowie 3-Spitzenwerte als Einzeleinschätzungen und 1 EXP-Modus sowie 1-Spitzenwert als Gruppenurteile vor.

Die unabhängig eingeschätzten EXP-Spitzen- und Modus-Werte wurden zur Reliabilitätsprüfung des EXP-Trainings herangezogen; die Übereinstimmung der Rater innerhalb der vier Kleingruppen war zufriedenstellen (. 81 - . 87).¹

Fortsetzung Fußnote 2 S. 153:

Funktion der Erlebnisaktivierenden Interventionen, die Auswahl der Kontakte sowie über die Differenzierung nach EG und KG.

¹ Hierbei handelt es sich um EBEL-Reliabilitätskoeffizienten (vgl. LANGER u. SCHULZ v. THUN, 1974) auf der Basis von 9-minütigen Tonbandausschnitten.

3.1.1.3. Reduktion der EXP-Daten

Wegen der Vielzahl der Einzeldaten war es notwendig, eine Entscheidung darüber zu treffen, welche EXP-Werte den jeweiligen (entsprechenden) Segmenten zugeordnet werden. Sowohl beim EXP-Modus - als auch beim -Spitzen-Wert - besteht die Möglichkeit, entweder das arithmetische Mittel der drei Einzelurteile o d e r das Gruppenurteil heranzuziehen.

Da die Durchschnittswerte und Varianzen für EXP-Spitze und -Modus annähernd identisch sind (EG: .93 und .91/ KG: .94 und .93), ist es für die weitere statistische Verarbeitung kaum von Bedeutung, ob das arithmetische Mittel oder das Gruppenurteil verwendet wird. Aus rechen-technischen Gründen entschieden wir uns hier für das Gruppenurteil.

Aus den folgenden drei Gründen beschränkten wir uns auf die Heranziehung des EXP-Spitzenwertes:

- (1) die Korrelation zwischen EXP-Modus und -Spitze ist sehr hoch in EG und KG ($r = .84$; $p = 0.1 \%$);
- (2) aufgrund der Reliabilitätsberechnungen erscheint der EXP-Spitzenwert zuverlässiger;
- (3) der EXP-Spitzenwert konnte aufgrund der schriftlichen Aufzeichnungen der Rater genauer lokalisiert werden und erscheint uns auch unter dieser Perspektive geeigneter.

Aus ähnlichen Gründen haben sich auch DAHLHOFF und BOM-MERT (1978) für den EXP-Spitzenwert entschieden. - Die Verteilung der EXP-Werte in EG und KG, getrennt nach den Kontakten 3, 6 und 9, ist dem ANHANG C₁₄ zu entnehmen.

3.1.2. Ein 'Subjektives Fremdeinschätzungsverfahren zur Erhebung und Klassifizierung von "Erlebnisaktivierenden Interventionen" der Therapeuten'

Um (1) sicherzustellen, daß die Unabhängigen Variablen ('Behandlungsbedingungen') in beiden Untersuchungsgruppen im intendierten Sinne (s. Abschnitt IV. 4. 'Behandlungsbedingungen') realisiert werden, und um (2) eine nähere Klassifikation ('Durchführungsgrade') der verwendeten EaI zu ermöglichen, wurde per Ratingverfahren geprüft, ob und in welcher Zahl neben dem klientenzentrierten Verhalten solche erlebnisaktivierenden Interventionen von den Therapeuten eingesetzt werden.

Bei den von den Therapeuten der EG eintrainierten und in den Therapien verwendeten EaI handelt es sich um

- I Umformungen des sprachlichen Ausdrucks
- II das Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit
- III die Intensivierung von Empfindungen
- IV Wiederholung und Übersteigerung
- V den 'inneren Dialog'¹

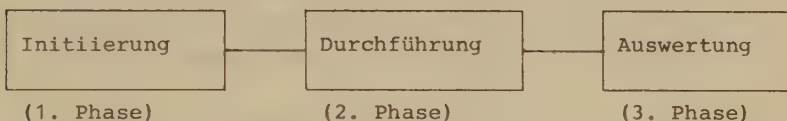
Diese EaI werden von den Therapeuten der EG mit dem - übergeordneten - Ziel eingesetzt, daß der Klient

- intensiver erlebt, was er gegenwärtig (im Hier-und-Jetzt) fühlt, denkt oder tut;
- sich der eigenen Verantwortung für sein aktuelles Fühlen (Erleben) und Verhalten stärker bewußt wird.

¹ Eine ausführliche Beschreibung dieser EaI wurde im "Manual für ein Therapeutentraining in erlebnisaktivierenden Interventionen" (ESSER, 1979) vorgenommen. - Vgl. hierzu auch Kap. IV. 4.2.1. Das Trainingsmanual, S. 178 ff.

Innerhalb des 'Trainingsmanuals' werden dem/den Therapeuten spezifische und detaillierte Hinweise gegeben, wie die EaI (nach erfolgter Anwendung) ausgewertet werden können: die eigentliche Bedeutung einer solchen 'Auswertungsphase' liegt darin, einem Klienten die kognitive und emotionale Verarbeitung der durch die Interventionen aktivierten Erlebenszustände zu ermöglichen (Beispiel: "Ist dieser Satz so für Sie zutreffend?" - "Was hat sich verändert?" - "Welche Bedeutung hat das jetzt für Sie?").

Entsprechend läßt sich der Ablauf einer Intervention (EaI) so formalisieren:



Anhand dieses Schemas wird deutlich, daß eine Intervention verschiedene Phasen erreichen kann:

EaI, die alle drei o.g. Phasen durchlaufen, werden von uns als "durchgeführt und ausgewertet" (EaI_{d+a}) bezeichnet. Folgt hingegen auf die Durchführungsphase keine explizite Auswertung, dann gilt entsprechend diese EaI als "durchgeführt, aber nicht ausgewertet" (EaI_d). Geht der Klient nicht auf die vom Therapeuten initiierte Intervention ein und wird demzufolge die EaI nicht 'durchgeführt' (d.h. reagiert der Klient nicht in der gewünschten Richtung), dann wird diese EaI als "abgelehnt" (EaI_{abl}) definiert:

Diese graduellen Unterscheidungen, die im folgenden als "Durchführungsgrade" bezeichnet werden, ermöglichen - über eine bloße Identifikation hinaus - die EaI nach ihrem therapeutischen Impetus zu differenzieren.

3.1.2.1. Durchführung des Ratings

Die Erhebung der Variable "Erlebnisaktivierende Interventionen" wurde von 12 Ratern geleistet, die zuvor schon an dem (w.o. beschriebenen, s. Abschnitt IV. 3.1.1.) Experiencing-Rating teilgenommen hatten.

Im Gegensatz zum Experiencing-Rating wurden den Ratern hier vollständige Kontakte (3., 6. u. 9.) zur Einschätzung vorgegeben, da

- es für die Identifikation und Differenzierung der EaI ('Durchführungsgrade') notwendig war, daß die Rater den Gesprächskontext erfaßten, und überdies
- keine methodischen Bedenken (bspw. bezüglich möglicher Reihenfolgeeffekte) dagegen sprachen.

Zur Vorbereitung des Ratings wurden die 90 Kontakte aus EG und KG nach einem Zufallsprinzip gemischt. Die Ratergruppen bestanden aus je drei Teilnehmern, die max. drei Kontakte einschätzten. Den Ratern wurde zuvor ausghündigt:

- je 1 Trainingsmanul
- je 1 Auswertungsbogen
- je 1 Rater-Instruktion
- 1 Digitaluhr

Entsprechend der schriftlich gegebenen Instruktion (s. ANHANG B₇) wurden die Rater gebeten

- die vom Therapeuten initiierte EaI zu identifizieren;
- den Zeitpunkt des Beginns der Intervention auf der Digitaluhr abzulesen und auf dem Auswertungsbogen co-diirt festzuhalten¹;
- "Ablehnung" bzw. "Durchführung" bzw. "Durchführung und Auswertung" mit dem jeweiligen Code auf dem Auswertungsbogen zu vermerken.

¹ Aufgrund der fließenden Übergänge wurde auf eine Bestimmung des Endes einer EaI verzichtet.

Der Auswertungsbogen (s. ANHANG B₇) enthielt 5 Zeilen, in denen jeweils 9 Minuten codiert vorlagen: damit entsprach jede Zeile den 9-minütigen Segmenten des Experien-
cing-Ratings (s. dazu IV. 3.1.1.).

3.1.2.1. Reliabilitätsprüfung

Die Reliabilitätsprüfung geschah anhand folgender Kriterien:

- (1) Vergleich der Häufigkeit der einzelnen EaI pro Segment;
- (2) Vergleich der Angaben über die 'Durchführungsgrade' der Interventionen.

Zu (1): Hier bestanden Raterfehler darin, daß ein Teil der Rater eine EaI identifizierte, die anderen Kleingruppenteilnehmer dagegen nicht; ein weiterer Fehler bestand darin, daß die Rater sich in ihren Einschätzungen darin voneinander unterschieden, um welche Intervention(sform) es sich zu einem bestimmten Zeitpunkt handelte: Derartige Verwechslungen traten jedoch nur bei den EaI II und III auf, d.h. EaI I, IV und V wurden in der Regel klar und übereinstimmend identifiziert. - Als weitere Fehlerquelle ist zu nennen, daß (u.U. mehrere) Fortsetzungen ein- und derselben Intervention V ('Innerer Dialog') von einigen Ratern als erneute Intervention registriert und gezählt wurden.

Während des Trainings und bei der Durchführung des Ratings zeigte sich, daß die Rater den Beginn der einzelnen EaI nahezu ausnahmslos festzulegen imstande waren. Dazu mag das spezifische Verhalten der Therapeuten beigetragen haben (siehe dazu BELLENDORF et al., 1981).

Zu (2): Darunter fallen die Schwierigkeiten mancher Rater, eine identifizierbare Auswertung einer erlebnisaktivierenden Intervention von der allgemeinen Weiterführung des Gespräches zu unterscheiden. Dagegen war die Entscheidung, ob eine EaI durchgeführt oder abgelehnt wurde, wesentlich zuverlässiger.

Der Grad an Übereinstimmung der Rater sowohl am Ende als auch während des Trainings hinsichtlich

- (a) der Art und Anzahl der EaI
- (b) des Durchführungsgrades der EaI

kann als zufriedenstellend angesehen werden.

3.1.2.3. Reduktion der Daten

Nach Abschluß des Ratings stellte sich heraus, daß innerhalb einer Therapie der EG keine EaI, in einer Therapie der KG dagegen die EaI II und III (mehrfach) verwendet wurden. Beide Therapien wurden aus der weiteren statistischen Verarbeitung herausgenommen, so daß sich die Anzahl der Therapien der EG auf $N = 17$, die der KG auf $N = 11$ reduzierte.

3.2. Verlaufsmessung

Die enge Interaktion zwischen Klient und Therapeut in der gesprächspsychotherapeutischen Praxis führt dazu, der Wahrnehmung der Art und Weise dieser Interaktion und den subjektiven Erfahrungen des Klienten besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß sie sich förder- aber auch hinderlich auf den therapeutischen Prozess auswirken kann.

3.2.1. Der 'Stundenbegleitbogen Klienten (SBK)'

Neuere Untersuchungen befassen sich mit den Therapieverlaufserfahrungen von Klienten und Therapeuten in der GPTH (ECKERT, 1974; SCHWARTZ, 1975; SCHWARTZ und ECKERT, 1974, 1976; RUDOLPH, 1975) und vermitteln eine Reihe wesentlicher neuer Erkenntnisse hinsichtlich der Erfahrungen und Empfindungen von Klienten sowie der daraus resultierenden Auswirkungen.

Zur Erfassung dieser Veränderungen im Laufe der therapeutischen Behandlung entwickelte ECKERT (1974) einen Fragebogen, den sog. 'Klienten-Erfahrungs-Bogen' (KEB), den die Klienten nach jedem psychotherapeutischen Kontakt ausfüllen.

Über 14 Items werden Änderungen in der Wahrnehmung (z.B. "Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in neuem Licht") und des gefühlsmäßigen Erlebens (z.B. "Nach dem heutigen Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden") erfragt.

Das Ergebnis der Untersuchung von ECKERT lautete: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Verlaufserfahrungen von Klienten und dem Psychotherapie-Effekt.

Der Zusammenhang zwischen Verlaufserfahrungen und dem Therapieerfolg (Pre-/post-Erhebungen von Persönlichkeitsmerkmalen) zeigte sich bereits deutlich im 1. Kontakt, so daß nach dem Anfangskontakt aufgrund der Erfahrungen des Klienten (wie sie sich im KEB niederschlagen) eine begrenzte Vorhersage des Therapieerfolges möglich ist.

In unserer Untersuchung haben wir eine Fragebogenform, den 'Stundenbegleitbogen Klient' (SBK) verwendet, der in Anlehnung an den (oben beschriebenen) KEB vom Verfasser der vorliegenden Arbeit entwickelt wurde und insgesamt

34 Items enthält, mit deren Hilfe spezifische Erlebnisweisen des Klienten während des therapeutischen Gespräches sowie deren Veränderung im Laufe der Behandlung erfaßt werden sollen.

Uns ging es bei der Konstruktion des Fragebogens insbesondere um die nähere Exploration der Art und Weise, wie Klienten auf die jeweiligen - variierten - psychotherapeutischen Behandlungsbedingungen reagieren und in welchem Zusammenhang diese Erfahrungen mit der Veränderung des 'Experiencing' über den Behandlungszeitraum hinweg, sowie mit den Vorher-/nachher-Veränderungen ('Erfolgsmessung') stehen. - In der vorliegenden Untersuchung lautet die (entsprechende) Frage:

"In welcher spezifischen Weise erleben die Klienten den Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung, in der die Aktivierung und Vertiefung des Erlebens besonders betont wird, verglichen mit solchen Klienten, die rein gesprächspsychotherapeutisch behandelt wurden?" (vgl. die Diskussion bei ESSER, 1979, S. 10-15).

Im Kontext dieser Untersuchung dient also der SBK in erster Linie dazu, therapierelevante "Erlebensverläufe" den Klienten in beiden Untersuchungsgruppen festzuhalten, um möglicherweise zwischen ihnen in bezug auf verschiedene Merkmale differenzieren zu können.

Wir erwarten, daß aufgrund der verschiedenen Behandlungsformen Unterschiede zwischen den Erlebensverläufen von Experimentalgruppe (Kombination von Klientenzentriertem Vorgehen und EaI) und der Kontrollgruppe (reine klientenzentrierte Behandlung) sichtbar werden.

Insbesondere interessiert uns der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an erfolgten Erlebnisaktivierenden Interventionen der Therapeuten und den Erlebensverläufen, verbunden mit der speziellen Fragestellung:

"Wirkt sich eine kombinierte therapeutische Praxis günstig auf den Klienten aus oder führt der konfrontative Anteil des Therapeutenverhaltens in der EG dazu, daß der Klient dies i.S. einer Beeinträchtigung seines Veränderungsprozesses erfährt und empfindet?" (vgl. dazu die "Paradigma-Diskussion" auf S. 92 ff.).

In die ursprüngliche Itemliste des SBK gingen insgesamt 130 Items ein. Diese Items entstammten verschiedenen Fragebögen, etwa dem KEB (s.o.) und dem BARRETT-LENNARD-Fragebogen (BARRETT-LENNARD, 1962); 95 der ursprünglichen Items wurden vom Verfasser selbst formuliert. Es handelte sich dabei um Items, die inhaltlich stärker auf eine konfrontative und erlebensvertiefende therapeutische Praxis bezogen sind, als das etwa beim KEB der Fall ist. Bei diesen Items, die zu einer Differenzierung zwischen den Prozessverläufen beider UG beitragen sollen, handelt es sich um Aussagen, die auf

- das Verhalten des Therapeuten (z.B. direktiv vs. non-direktiv)
- das Ausmaß seiner Aktivität (z.B. engagiert vs. zurückhaltend)
- die Transparenz seines Verhaltens
- das Empfinden des Klienten bei Einsatz von EaI durch den Therapeuten
- das Ausmaß seines Involviertseins bzw. Selbsterlebens
- seine Selbstverantwortlichkeit (i.S. einer aktiven Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses)
- die Beurteilung seiner eigenen Veränderung
- das Beziehungsverhältnis zwischen ihm und dem Therapeuten

bezogen sind.

Die Reduzierung der Itemzahl auf die der verwendeten Endfassung wurde besonders unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensökonomie vorgenommen: darunter ist zu verstehen, daß der Fragebogen von jedem Klienten innerhalb von max. 10 Minuten (nach jedem therapeutischen Kontakt) zu beant-

worten sein sollte.

Die vorläufigen Fassungen wurden dann in mehreren Durchläufen auf

- (a) Realisierung des intendierten Fragebogenzieles (s.o.) und
- (b) sprachliche und inhaltliche Redundanz der Items durchgesehen.

Die Änderungs- und Eliminierungsvorschläge wurden anschließend diskutiert und in die nächstfolgende Fassung eingearbeitet.

Der in der Untersuchung verwendete Fragebogen umfaßt schließlich 34 Items (s. ANHANG Bg); davon entstammen die folgenden 9 dem KEB¹ von ECKERT (1974): 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14; die entsprechenden Itemnumerierungen dieser Items im SBK lauten: 3, 27, 18, 14, 30, 9, 33, 7 und 1. Bei dieser Auswahl wurden insbesondere solche Items berücksichtigt, die auf den folgenden Faktoren hoch laden (. 60) (vgl. ECKERT, 1974; HAMPRECHT, 1979):

Faktor "Wohlbefinden"	: KEB - Items 2 und 4
Faktor "Zufriedenheit/ Zuversichtlichkeit"	: KEB - Items 10 und 12 14
Faktor "Beeinträchtigende Erfahrungen"	: KEB - Items 3 und 9

Bei 14 der verbleibenden 25 Items schlagen sich die Erfahrungen mit einem gestalttherapeutischen Ansatz nieder; hinsichtlich:

- der 'Augenblicks-Bewußtheit' des Klienten
- seiner 'Selbstverantwortlichkeit'
- seiner 'Vermeidung' und 'Angst'
- der (aktiven) Rolle des Therapeuten!

¹ mit z.T. geringfügigen sprachlichen Veränderungen.

Jedes Item wurde in Form einer Aussage formuliert, der der Klient unterschiedlich stark zustimmen (3 Alternativen) bzw. widersprechen (3 Alternativen) konnte; daneben gab es eine neutrale Beantwortungsmöglichkeit (4 = "unentschieden").

Einige der Items sind offen formuliert, d.h. ohne eine - für den Klienten erkennbare - inhaltliche Festlegung der Interpretations- und Auswertungsrichtung (Items 4, 11, 19, 27). Die Antworten in Form von Ankreuzungen auf dieser bipolaren Skala wurden von (1) ("Ja, ganz genau") bis (7) ("Ganz im Gegenteil") kodiert. Der Verlauf jedes Items wurde einzeln ausgewertet. Die Bildung eines Gesamtrohwertes über alle Items hinweg war nicht vorgesehen.

3.2.2. Der 'Stundenbegleitbogen Therapeut (SBT)'

Analog zum 'Stundenbegleitbogen Klient' (SBK) wurde im Rahmen unserer Untersuchung ein Fragebogen zur Erfassung der Therapie-Verlaufserfahrungen der Therapeuten entwickelt, der nach jedem Gesprächskontakt von den Therapeuten beider UG beantwortet werden sollte.

Dieser Fragebogen (s. ANHANG B₉) enthält 17 Items in Form von Aussagen und wurde mit jeweils 7 Antwortalternativen ähnlich aufgebaut wie der SBK.

Zusätzlich zu der Beantwortung der 17 Items werden die Therapeuten, die 'erlebensaktivierende Interventionen' (EaI) eingesetzt haben, gebeten, unabhängig von ihrer Untersuchungsgruppen-Zugehörigkeit (!) differenzierte (numerische) Angaben zu den jeweils verwendeten Interventionen (I - VI) vorzunehmen.

Die Items 2 - 7 erfragen Aspekte und Inhalte, die in einem engen Zusammenhang mit den verwendeten EaI stehen (Beispiel: "Immer dann, wenn ich EaI benutzte, wurde der Klient unruhig", oder "Ich hatte den Eindruck, daß ich den Klienten mit meinen EaI überfordere") und in denen es um den Eindruck des Therapeuten von seinem Klienten (Items 2, 3, 4, 5, 7 und 8) sowie um die Einschätzung des eigenen Empfindens hinsichtlich des Einsetzens von EaI (Item 6) geht.

Zur Beantwortung der ersten 8 Items sind ausschließlich die Therapeuten aufgefordert, die auch tatsächlich erlebnisaktivierend interveniert haben (aus diesem Grunde wurde auch auf der Seite 1 ein entsprechender Hinweis an die Therapeuten gegeben).

Die Items 9 - 17 enthalten Aussagen zu

- den Gefühlen und Empfindungen des Therapeuten bezüglich des Gesprächsverlaufes (Beispiel: "Das heutige Gespräch war anstrengend für mich")
- der Wahrnehmung und Beurteilung des Therapieerfolges (Beispiel: "Der Klient ist wenig vorangekommen")
- der Aktivität des Klienten (Beispiel: "Die Arbeit mit dem Klienten war sehr intensiv")
- der Einschätzung des eigenen (Therapeuten-)Verhaltens hinsichtlich Aktivität und angemessener Verbalisierung
- der (für den Klienten) vermuteten Bedrohlichkeit des therapeutischen Impetus.

6 dieser Items (9, 11, 12, 13, 16 und 17) wurden aus dem 'Therapeuten-Erfahrungs-Bogen' (TEB) von ECKERT (1974) - allerdings in z.T. sprachlich starker Abweichung bzw. in entgegengesetzter Richtung formuliert (so z.B. das Item 12) - übernommen.

Um die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Klienten und Therapeuten innerhalb der bzw. zwischen den beiden UG miteinander vergleichen zu können, wurde darauf geachtet, bei der Itemzusammenstellung korrespondierende Aussagen mitaufzunehmen. Bei den 8 'korrespondierenden Items' handelt es sich um:

Item	3	(entspricht dem SBK-Item	8)
"	5	("	12)
"	7	("	17)
"	11	("	4)
"	12	("	14)

Item 15 (entspricht dem SBK-Item 9)				
" 16 ("	"	"	"	26)
" 17 ("	"	"	"	30)

3.3. Erfolgsmessung

Zur Erfassung von Veränderungen der Klienten zwischen Behandlungsbeginn und -ende haben wir insgesamt 5 Meßverfahren ausgewählt, bei denen es sich - mit Ausnahme des VEV von ZIELKE/KOPF-MEHNERT, dem eine unterschiedliche Konzeption von Veränderungsmessung als den übrigen Instrumenten zugrundeliegt - bei allen um "zweckentfremdete" Verfahren zur allgemeinen Persönlichkeitsdiagnostik handelt.

FPI und VEV dienen im Rahmen unserer Untersuchung der Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Veränderungen des Klienten-Selbsterlebens (Experiencing) und dem 'Therapieerfolg' (vgl. dazu die Fragestellung 2 auf S. 142), BDI, U-Fragebogen (Faktor 'g') und STAI hingegen der empirischen Klärung der Fragestellung 3, ob und inwieweit sich die bereits vorhandenen symptomspezifischen Indikationen (bei depressiven, ängstlichen und selbstunsicheren Klientengruppen) eines erlebnisorientierten therapeutischen Vorgehens bestätigen lassen.

Wir gehen bei der Darstellung der Meßverfahren so vor, daß wir zunächst FPI und VEV, und nachfolgend BDI, U-Fragebogen (Faktor 'g') und des STAI beschreiben.

3.3.1. Das 'Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)'

Aus den Verfahren zur allgemeinen Persönlichkeitsmessung haben wir zunächst das 'Freiburger Persönlichkeitsinventar' (FPI) von FAHRENBERG, SELG und HAMPEL (1978³), ausgewählt, nicht zuletzt deswegen, weil erfolgreiche GPTH durch den FPI (vgl. BOMMERT, 1979; FRANKE, 1978; ZIELKE, 1979 sowie GRAWE, 1976 und PLOG, 1976) nachgewiesen wurde (vgl. dazu auch MÜLLER, 1972).

Bei dem FPI von FAHRENBERG et al. handelt es sich um einen faktorenanalytisch konstruierten mehrdimensionalen Persönlichkeitstest, der aufgrund seiner test-statistischen Kennwerte und des umfangreichen Normenwerkes Eingang in klinische Untersuchungen (s.o.) gefunden hat. Da es sich um ein so weitverbreitetes Verfahren handelt, verzichten wir hier auf eine ausführliche Beschreibung. - Aufgrund der zufriedenstellenden Ergebnisse der Äquivalenzanalyse der Halbformen (SELG, 1970, S. 32) verwendeten wir für die vorher-/nacher-Messung die Halbformen A und B.

Der FPI soll dazu dienen, Auswirkungen therapeutischer Behandlung in den als relativ stabil konzipierten Persönlichkeitsfaktoren zu messen. Die hohen Stabilitätskoeffizienten der Testwiederholung kommen diesem Ziel entgegen.

In unserer Untersuchung dient die Applikation der FPI - Halbformen A und B vor Beginn und nach Beendigung der Behandlung, im wesentlichen folgenden Aufgabenstellungen:

- zu einem Prä-Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen (UG) über verschiedene Persönlichkeitsmerkmale (Profil-Vergleich) hinweg.
- zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Prä-/post-Veränderungen im FPI und in anderen persönlichkeitsdiagnostischen Verfahren (z.B. STAI, BDI, VEV).

3.3.2. Der 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)'

Im Zusammenhang mit der Entwicklung einer therapiebezogenen Diagnostik wurde häufig der Versuch unternommen, die statistischen und inhaltlichen Probleme der Messung therapiebedingter Veränderung zu eliminieren bzw. zu reduzieren; insbesondere gilt dies für (die Verwendung von) Testverfahren, die nicht zum Zwecke der Veränderungsmessung konzipiert und entwickelt wurden.¹

Ein alternativer Ansatz zur Messung von Veränderung wird demgegenüber durch das Konzept der 'änderungssensitiven Items' verfolgt: Veränderung wird nicht aufgrund der Differenz zweier zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen Meßwerte in einem Verfahren erschlossen, sondern wird direkt mit Hilfe einer einzigen Messung erfaßt. Dazu sind Untersuchungsverfahren erforderlich, die einerseits direkt die therapiebedingte Veränderung erfassen können, andererseits bei einer größeren Gruppe von Probanden anwendbar sind (PLESSEN, 1979, S. 6). Ein solches allgemein anwendbares therapiezielorientiertes Verfahren, der 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens' (VEV) von ZIELKE/KOPF-MEHNERT (1978) wurde speziell in seiner Entwicklung auf den Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie ausgerichtet (vgl. dazu auch die Arbeit von MEHNERT, 1969).

Dieser Fragebogen, dessen Items bereits als Veränderungsaussagen formuliert sind, wird den Klienten nach Abschluß

¹ In einer neueren Untersuchung von PLESSEN (1979) an einer Gesamtstichprobe von 39 Klienten konnten die bislang aus verschiedenen Gründen vermutete Bewertung unterschiedlicher Ansätze zur Erfolgskontrolle empirisch bestätigt werden: daß nämlich herkömmlich psychometrische Persönlichkeitstests (wie etwa das FPI) im Gegensatz zu allgemeinen therapiezielorientierten Verfahren (z.B. dem VEV) k a u m zur Erfassung der durch die Therapie bewirkten Veränderungen in der Lage seien.

einer therapeutischen Behandlung zur Beantwortung vorgelegt. Er erfaßt einen aus der Therapietheorie der GPTH entwickelten 'Veränderungsfaktor', der als "Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten" bezeichnet wird.

Der VEV verfügt über eine hohe instrumentelle Reliabilität und eine vergleichsweise geringe Re-Test-Reliabilität. Damit ist einerseits eine ausreichende Meßgenauigkeit gewährleistet, andererseits dem Umstand Rechnung getragen, daß das untersuchte Merkmal Fluktuationen unterlegen ist. Die bei GRAWE (1976), PLOG (1976) und ZIELKE und KOPF-MEHNERT (1978) berichteten Erfahrungen mit diesem Meßinstrument sprechen für seine diagnostische Brauchbarkeit zur Erfassung therapiebedingter Veränderungen des Erlebens und Verhaltens.

Der VEV besteht aus insgesamt 42 Items. Zur Beantwortung dieser Items hat der Klient anhand einer bipolaren 7-stufigen Skala jeweils zu prüfen, ob sich im Vergleich zum Zeitpunkt des Therapiebeginnes im Sinne der Frage-richtung des einzelnen Items (Werte 4) bzw. entgegen der der Richtung des Items (Werte 4) eine Veränderung ergeben hat. Die Auswertung des VEV richtet sich auf eine mögliche Veränderung im Vergleich zur sog. Nullveränderung.

Nach Umpolung der negativ (d.h. entgegen der Veränderungsrichtung des GPTH-Konzeptes) formulierten Items (es handelt sich dabei um die folgenden Items: 4, 5, 10, 12, 17, 19, 20, 23, 26, 27, 28, 29, 37 und 42) wird die Summe über alle 42 Items gebildet. Ein Wert von 168 (42×4) entspricht dann einer 'Nullveränderung'; Werte - 168 zeigen Veränderungen in Richtung des Konzeptes, Werte + 168 Veränderungen entgegen dem Konzept an.

ZIELKE (1978) sowie ZIELKE/KOPF-MEHNERT (1978) geben kritische Grenzwerte an, die mindestens erreicht bzw. überschritten werden müssen, damit die beobachtete Veränderung auf dem gewählten Signifikanz-Niveau als statistisch bedeutsam aufgefaßt werden kann (s.S. 98 a.a.O.).

3.3.3. Das 'Beck-Depressions-Inventar (BDI)'

Zur näheren Prüfung der Frage, ob und in welchem Ausmaß eine der beiden Behandlungsgruppen der jeweils anderen hinsichtlich ihrer Einwirkung auf eine depressive Symptomatik (i.S. einer positiven Veränderung) überlegen ist, haben wir das 'Beck-Depressions-Inventar' (BDI) von BECK, WARD, MENDELSON, MOCK und ERBAUGH (1961) (dt. Version von BLASER et al., 1968 a, b; PÖLDINGER et al., 1968 a, b) herangezogen.

Beim BDI handelt es sich um ein Fragebogen-Verfahren zur Messung der Depressionstiefe auf der Grundlage von Selbstbeurteilungen von Klienten.

Die deutschsprachige Übertragung, wie sie in unserer Untersuchung verwendet wurde, veröffentlichten BLASER et al. (1968) und PÖLDINGER et al. (1969).

Der BDI erfaßt auf 21 Dimensionen die Selbstwahrnehmung typischer Symptombereiche der Depression. Sie wird auf Skalen zwischen 0 und 3 in ihrem Intensitätsgrad eingestuft. Dem Klienten werden als Anhaltspunkte für eine Gewichtung jeweils 4 (5) Möglichkeiten der Selbstbeschreibung vorgegeben. Aus den Gewichtungen aller Dimensionen wird ein Summenwert gebildet, der maximal 63 Punkte erreicht.

Da sich allgemein in der Forschung die Praxis durchgesetzt hat, daß der Klient selbst den Fragebogen durchliest und anschließend die Beantwortung der Items durch Ankreuzung vornimmt, verfahren wir in gleicher Weise in unserer Untersuchung.

Die Dimensionen des BDI sind anhand klinischer Erfahrung gewonnen. Untersuchungen zur Objektivität, Reliabilität und Validität der amerikanischen Form des BDI wurden bei BECK und BEAMESDERFER (1974) referiert; die testtheoretischen Kennwerte des BDI können als 'befriedigend' gelten.

Neuere Untersuchungen führen allerdings zu erheblichen und kritischen Vorbehalten gegenüber der psychometrischen Qualität von Selbstbeurteilungsverfahren der Depression (vgl. BLASER et al., 1968 sowie LUKESCH, 1974).

Aufgrund seiner Daten schlägt BECK zur Trennung Depressiver von Nicht-Depressiven für Screening-Zwecke unter psychiatrischen Patienten einen Cut-off-Score von 13 (BDI 13 = depressiv), für Forschungszwecke (um eine relativ reine Gruppe depressiver Patienten zu erhalten) einen Cut-off-Score von 21 vor.¹

Im Rahmen unserer Untersuchung kommt der Verwendung des BDI eine 2-fache Funktion zu:

1. dient er (als Prä-Test und unter Verwendung eines Cut-off-Scores von > 13) der Unterscheidung zwischen depressiven und nicht-depressiven Klienten in beiden Untersuchungsgruppen (UG);
2. soll er Hinweise auf Veränderungen in der depressiven Symptomatik liefern (in Form eines Nachher-Vorher-Vergleiches der zum prä-Zeitpunkt diagnostizierten depressiven Klienten beider UG).

3.3.4. Das 'State Trait Anxiety Inventory (STAI)'

Zur Erfassung der Veränderung des Konstrukts 'Allgemeine Ängstlichkeit' zwischen Vor- und Nach-Test-Zeitpunkt verwendeten wir das 'State Trait Anxiety Inventory' (STAI) von SPIELBERGER, GORSUCH und LUSHENE (1970) in der überetzten Fassung von BARTLING und FIEGENBAUM (1978).

¹ Vgl. zu einer detaillierteren Beschreibung und Stellungnahme die Arbeit von LIERSCH, 1980.

Vom theoretischen und methodologischen Standpunkt her gilt der STAI als ein sorgfältig entwickeltes Verfahren zur Angstmessung (vgl. hierzu BERGOLD, 1974, S. 208), für das in den Validitätsuntersuchungen (der amerikanischen Fassung) von SPIELBERGER et al. hohe Übereinstimmung zwischen theoretischen Annahmen und den ermittelten empirischen Daten nachgewiesen wurden. SPIELBERGER et al. geben als Re-Test-Reliabilität für die Skala zur Messung transitorischer (situationsspezifischer) Angst Werte um $r = .3$ an.

Der STAI wurde zwar speziell zur Erfassung transitorischer Angst entwickelt; er besteht aus 20 Fragestellungen (z.B. "Ich bin unruhig"; "ich fühle mich wohl" usw.), die auf einer 4 - Punkte - Skala nach dem Grad ihres Zutreffens eingestuft werden müssen. Als verbaler Reiz werden gewöhnlich phobische Situationen vorgegeben.

Bei veränderter Anweisung läßt sich der Fragebogen auch zur Messung "allgemeiner Ängstlichkeit" verwenden ("... wie Sie sich im allgemeinen fühlen.").

Für die veränderte Skala, die Angst eher als 'Persönlichkeitsmerkmal' ('Trait') erfassen und messen soll, besteht (nach SPIELBERGER et al.) eine Re-Test-Reliabilität von $r = .7$ bis $.9$.

Im deutschsprachigen Bereich liegen hierzu keinerlei teststatistische Kennwerte vor.

Gegenüber der amerikanischen sowie der deutschen Fassung haben wir folgende Veränderung vorgenommen: statt der Beantwortung der einzelnen Items auf einer unipolaren 4-Punkte-Skala, die von der Aussage "Überhaupt nicht" (1) bis "Sehr stark" (4) reicht, haben wir - ebenso wie bei den 'g-Faktor-Items' des 'Unsicherheitsfragebogens' (siehe weiter unten) - uns für eine 6-stufige Beantwortungsskala entschieden. Es wurde lediglich ein Summenscore über alle 20 Items hinweg gebildet, wobei die Skalenstufe (1) "Stimmt überhaupt nicht" den niedrigsten Punktwert (= 1) und die Skalenstufe (6) den höchsten Wert (= 6) erhielt. D.h. ein hoher Gesamtscore (max. 120 Punkte) ist hier gleichbedeutend mit einem hohen Ausmaß an 'Allgemeiner Ängstlichkeit'. Die Items 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 und 20 wurden entsprechend bei der Auswertung umgepolt (Skalenstufe 1 erhielt dann den Punktwert 6, und umgekehrt).

3.3.5. Der 'Unsicherheits-Fragebogen' (Faktor "g")

Zur näheren Überprüfung der Hypothese bezüglich der Verringerung der 'Allgemeinen Unsicherheit' (s. S. 140 dieser Arbeit) verwendeten wir die Items des 'Unsicherheits-Fragebogens' von ULLRICH DE MUYNCK und ULLRICH (1976), die hoch auf dem Faktor 'g' ('Generelle Unsicherheit') laden.

Bei dem 'Unsicherheits-Fragebogen' (U-FB) handelt es sich um ein Meßinstrument, das im Zusammenhang mit der Konzipierung eines Assertive Training Porgrams der o.g. Autoren entwickelt und erprobt wurde¹, und Unsicherheiten in sozialen Situationen erfaßt. Die Items des Fragebogens werden auf einer 6-stufigen Skala angekreuzt. Faktorenanalysen ergaben 7 Faktoren:

Faktor (1): Generelle Unsicherheit (20 Items)

Faktor (2): Kritik- und Fehlschlag-Angst (14 Items)

Faktor (3): Nicht-Nein-sagen-können (11 Items)

Faktor (4): Kontakt-Angst (15 Items)

Faktor (5): Angst, zu fordern und sich durchzusetzen
(8 Items)

Faktor (6): Schuldgefühle bei selbstsicherem Verhalten
(9 Items)

Faktor (7): Übertriebene Rücksichtnahme und Höflichkeit
(8 Items)

Für unsere Untersuchung verwenden wir lediglich die Items des Faktors (1) 'Generelle Unsicherheit' (vgl. ULLRICH DE MYUNCK, 1976). Es handelt sich dabei um die folgenden Items (20): 1, 6 - 9, 11 - 14, 16 - 23, 25 - 27.

¹ Inzwischen existiert eine neue und überarbeitete Version des von uns verwendeten 'Unsicherheits-Fragebogens' (vgl. ULLRICH DE MYUNCK und ULLRICH, 1977, 1978).

Die 20 Items des von uns verwendeten 'Kurz-Fragebogens' konnten von den Klienten (ebenso wie das STAI) auf einer unipolaren 6-stufigen Skala beantwortet werden (1 = "stimmt vollkommen" bis 6 = "stimmt überhaupt nicht"). Für die Errechnung eines Gesamtscores wurden 12 Items umgepolt (9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25 und 26). Ein hohes Ausmaß an 'Genereller sozialer Unsicherheit' wurde repräsentiert durch einen hohen Gesamtscore (Rohwert max. 120 Punkte).

4. BEHANDLUNGSBEDINGUNGEN

4.1. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Innerhalb einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie sollen solche Bedingungen durch das Verhalten des Therapeuten geschaffen werden, die den Klienten ermutigen, frei von Angst und Verteidigung von möglichst vielen seiner konflikt- und schmerzhaften, problematischen und unklaren Erfahrungen zu berichten. Eine geeignete Möglichkeit dazu bietet sich, indem der therapeutische Gesprächspartner versucht, die Erfahrungswelt vom 'Inneren Bezugsrahmen' des Individuums wahrzunehmen (vgl. ROGERS, 1951, S. 494).

Es ist anzunehmen, daß neben der Bewußt-Werdung vieler seiner Erfahrungen bei einem Klienten im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie aufgrund einer intensiven Auseinandersetzung mit seinem Inneren Bezugsrahmen ein Prozess in Gang gesetzt wird, der nicht nur zu einer differenzierteren Wahrnehmung anderer Personen und äußerer Ereignisse führt, sondern auch zu einer differenzierteren Betrachtungsweise der eigenen emotionalen Reaktionen.

Dieser Prozess kann insbesondere durch die Erfassung und Verbalisierung ('Einfühlerndes Verstehen') impliziter Klientenäußerungen durch den Therapeuten unterstützt werden (BOMMERT, 1977, S. 51).

ROGERS (1957) nennt drei Psychotherapeutenmerkmale (sog. Kern- oder Basisvariablen) als notwendige und hinreichende Bedingungen für konstruktive Änderungen von Klienten durch psychotherapeutische Gespräche:

1. Positive Wertschätzung und emotionale Wärme des Therapeuten für seinen Klienten;
2. Einfühlerndes Verstehen des Therapeuten, und
3. Echtheit und Selbstkongruenz des Therapeuten gegenüber seinem Klienten.

Die Behandlungs'bedingung' 'Klientenzentrierte Gesprächs-psychotherapie' besteht darin, daß die Therapeuten, die an unserer Untersuchung teilnahmen (s. nähere Beschreibung der THERAPEUTEN-Stichprobe auf S.187 f.) sich bemühten, sich möglichst weitgehend i.S. der oben genannten Therapeuten-Variablen zu verhalten.¹

Das als 'Therapeutisches Basisverhalten' bezeichnete 'Einführendes Verstehen' des Psychotherapeuten schließt aus, daß der Therapeut dem Klienten Ratschläge oder Empfehlungen gibt, ihn auffordert, von etwas Bestimmtem zu sprechen oder sich in vom Therapeuten festgelegter Weise zu verhalten, ihn kritisiert oder belehrt.

Die im dt.-sprachigen Bereich eingeführte Bezeichnung "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten" (vgl. TAUSCH, 1973) hilft dem Mißverständnis vorzubeugen, diese Variable bezeichne ein echohaftes Wiederholen der Äußerungen des Klienten.

Das bei TAUSCH (1970, 1973), MINSEL (1974) sowie BOMMERT (1977) beschriebene Vorgehen im Rahmen einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (Realisierung der Therapeutenvariablen und ihre Auswirkungen auf den Klienten) lag der Ausbildung und untersuchungsbegleitenden Gruppen-supervision der studentischen Therapeuten zugrunde.

¹ Eine ausführliche Beschreibung des Therapeutenverhaltens kann man TAUSCH (1970) sowie BOMMERT (1981) entnehmen.

4.2. Erlebnisorientierte Psychotherapie (Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie unter Einbeziehung erlebnisaktivierender Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie)

Die Behandlungsbedingung 'Erlebnisorientierte Psychotherapie' bestand aus einer Kombination von klientenzentriertem gesprächstherapeutischen Vorgehen und der (punktuellen) Verwendung, d.h. Einbeziehung von Erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI) aus dem Kontext der Gestalttherapie (vgl. hierzu auch unsere Ausführungen im Rahmen des Kap. II. 4.4. und 4.5. sowie den Kap. II. 5. und 6.).

Die Grundlagen für diese Form eines um 'EaI' erweiterten Klientenzentrierten therapeutischen Behandlungsansatzes legten wir mit einem 'Trainingsmanual' (ESSER, 1978 b) (siehe dazu die Ausführungen im Abschnitt IV. 4.2.1.), die dann im Rahmen eines umfassenden 'THERAPEUTEN-TRAININGS' praktisch umgesetzt wurden (s. dazu den Abschnitt IV. 4.2.2. auf den Seiten 184 ff.).

4.2.1. Das 'Trainingsmanual'

Das vom Autor der Arbeit verfaßte "Manual für ein Therapeuten-Training in Erlebnisaktivierenden Methoden" (ESSER, 1978 b) baut auf den im Kapitel II. 4. des THEORIETEILES beschriebenen Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem Rahmen der GEST auf, sowie auf den eigenen einzeltherapeutischen Erfahrungen bei der Verwendung solcher Methoden im Kontext klientenzentrierter therapeutischer Arbeit.

Das MANUAL wurde mit dem Ziel angefertigt, die im Kapitel II. 6. des THEORIETEILES beschriebenen spezifischen praktischen und theoretischen Probleme, die aus einer methodischen Verknüpfung von klientenzentriertem und erlebnisaktivie-

renden Vorgehen entstehen (können), weitgehend zu eliminieren bzw. zu reduzieren.¹

Speziell wurde es angefertigt, um den studentischen Therapeuten der EG eine Arbeitsgrundlage an die Hand zu geben, die ihnen einen konzeptionellen Rahmen für die gemeinsame Arbeit (im Rahmen des 100-stündigen Trainings) lieferte, sowie als Hilfe zum Kennenlernen und Vertiefen einzelner EaI diente.

Allerdings schaffte erst - und dies sei hier besonders betont - die V e r b i n d u n g von MANUAL, d.h. theoretischer Aneignung und praktischer Einübung dieser EaI innerhalb eines mehrwöchigen stufenweisen TRAININGS sowie (als Eingangsvoraussetzung überhaupt) die Beherrschung eines klientenzentrierten psychotherapeutischen 'Basisverhaltens' (siehe die Beschreibung der 'Klientenzentrierten Psychotherapie' auf S. 176 der vorliegenden Arbeit) die Voraussetzung für eine angemessene Realisierung eines erlebnisorientierten therapeutischen Handelns.

Die verwendete MANUAL-Fassung umfaßt die systematische und ausführliche Darstellung von 5 Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext.

Generell lassen sich EaI (GEST) zunächst einmal danach unterscheiden (vgl. das Kategorisierungsmodell auf S. 55 des THEORIETEILES), ob sie

- versuchen, den Klienten in der Gegenwart der aktuellen therapeutischen Situation zu halten, und
- eine 'Aktivierung' dadurch anstreben, daß sie dem Klienten stärker wieder die Verantwortung für sich selbst (seine Gefühle, sein Denken, sein Handeln) deutlich machen.

¹ Insbesondere haben wir hier versucht, dem Gesichtspunkt der 'Aneignungsfähigkeit' der EaI seitens der Therapeuten Rechnung zu tragen, und zwar durch (1) eine Begrenzung ihrer Zahl auf 5, (2) die Wahl ihrer Reihenfolge (sukzessive Aneignung nach dem Intensitäts- und Komplexitätsgrad),

Bei der Frage einer auf diese beiden EaI-'Klassen' hin orientierten Auswahl und Zusammenstellung der Interventionen stellten wir uns die Frage:

"Welche der zahlreichen EaI sollen hier aufgeführt und im Rahmen unserer Behandlung mit einem klientenzentrierten Therapeutenverhalten kombiniert und empirisch untersucht werden?"

Wir entschieden uns für die Berücksichtigung der folgenden Gesichtspunkte ('Kriterien') bei der Auswahl geeigneter EaI:

So sollten diese Interventionen

1. deutlich untereinander sowie von klientenzentrierten Therapeuten-Verhaltensweisen ('Einfühlerndes Verstehen') abgrenzbar sein.

Dies ist ein für die später im Rahmen der empirischen Untersuchung zu erfolgende Identifizierung der spezifischen Therapeuten-Interventionen wesentliches Kriterium.

2. über voneinander abweichende definierte situationsspezifische Indikationen verfügen.

D.h. die Aufnahme solcher EaI, die nicht bzw. nicht in den meisten Punkten differierende Indikationen aufweisen, wurde ausgeschlossen.

3. hinsichtlich der Merkmale ihrer Intensität und Komplexität aufeinander folgen bzw. aufbauen.

4. nach ihrer zu vermutenden Indikationshäufigkeit gesucht werden.

D.h. für bestimmte EaI (z.B. die 'semantischen Spiele') ist die Häufigkeit ihrer Indikation wahrscheinlich erheblich höher als bei der EaI 'Erzählen von Träumen in der Gegenwart'.

Fortsetzung Fußnote 1 S. 179:

(3) spezifische detaillierte sowie übergreifende Indikationshinweise, und (4) möglichst genau beschriebene Hinweise und Anleitungen für den - klientenzentrierten - Umgang mit ihnen.

Darstellung der 5 'Erlebnisaktivierenden Interventionen'

Die folgenden 5 EaI wurden unter Berücksichtigung der oben genannten Auswahlkriterien in das MANUAL aufgenommen. Sie sind in ihrer Reihenfolge nach subjektiv erlebten Intensität und Komplexität geordnet (s.o.):

- | | | | |
|-----|-----|---|--|
| EaI | I | : | "Umformungen des sprachlichen Ausdrucks
(semantische 'Spiele')" |
| EaI | II | : | "Das Kontinuum gegenwärtiger Bewußt-
heit" |
| EaI | III | : | "Intensivierung von Empfindungen
('Aushalten')" |
| EaI | IV | : | "Wiederholung und Übersteigerung" |
| EaI | V | : | "Innerer Dialog" |

Zu Intervention I: "Umformungen des sprachlichen Ausdrucks"

I a) "ICH - vs. ES-Sprache" bzw. I b) "Nicht-können vs.
nicht-wollen"

Bei diesen ersten EaI geht es darum, dem Klienten bewußter werden zu lassen, mit welchen sprachlichen 'Fallen' er sich s e l b s t bei der Lösung bzw. Bearbeitung eigener Probleme behindert.

Diese Interventionen verlangen vom Klienten, daß er bestimmte Redewendungen, Sätze und Worte durch andere er-
setzt bzw. umformuliert.

Zu Intervention II: "Das Kontinuum gegenwärtiger Bewußt- heit"

Diese Intervention soll den Klienten stärker mit seinem augenblicklichen Denken, Fühlen und Handeln in Kontakt bringen. - Es ist zu vermuten, daß ein Klient dadurch einen direkteren und unmittelbareren Zugang zu dem, was in ihm vorgeht, bekommt und damit auch zu d e n Dingen, die ihn belasten.

Für eine erfolgreiche Anwendung dieser EaI ist es notwendig, daß der Klient sich mit seiner gesamten Aufmerksamkeit und bewußt für eine gewisse Zeit auf sein 'Hier-und-Jetzt' richtet.

Zu Intervention III: "Intensivierung von Empfindungen"

Mithilfe dieser EaI wird der Klient näher an unangenehme Empfindungen, Gefühle und Gedanken, die er im Gespräch geäußert hat, herangeführt, um sie ausführlicher und intensiver kennenzulernen. Dazu ist erforderlich, daß er für eine kurze Zeit in engem Kontakt mit diesen Gefühlen bleibt.

Zu Intervention IV: "Wiederholung und Übersteigerung"

Diese EaI soll dem Klienten helfen, sich seiner inneren (Gedanken, Gefühlen, Sensationen usf.) und äußeren (Motorik, Verhalten) Prozessen deutlich zu werden, indem er mit diesen in übersteigerter Form konfrontiert wird: der Klient wird aufgefordert, bestimmte Aussagen oder Körperbewegungen zu wiederholen und - gegebenenfalls - übertrieben darzustellen.

Zu Intervention V: "Innerer Dialog"

Bei dieser Intervention handelt es sich um die 'Neu-Inszenierung' von psychisch belastenden Situationen der Vergangenheit. - Der wesentliche Unterschied zur Rollenspiel-Situation innerhalb des (MORENOSchen Psychodramas) besteht darin, daß der Klient selbst in den verschiedenen Rollen denkt, fühlt und handelt, sowie sich mit Ereignissen befassen kann, die in der Gegenwart und auch in der Zukunft liegen.

Durch diesen Prozess einer 'Identifikation' mit den und einer Vertiefung der einander gegenüberstehenden 'Rollen' oder 'Parteien' wird es dem Klienten möglich, mehr über sich und seine Schwierigkeiten herauszufinden sowie die Beziehung der verschiedenen Teile untereinander zu entdecken.

Aufbau und Inhalte des Trainings-MANUALS

Neben einer kurzen thematischen Einführung (Abschnitt 1) in den Gegenstandsbereich 'Erlebnisaktivierung' wurde der Übungsteil (Abschnitt 2), d.h. die Darstellung der einzelnen EaI nach dem folgenden Muster untergliedert:

(1) ABLAUF:

Darunter wird die entsprechende EaI beschrieben und mithilfe kurzer Beispiele verdeutlicht.

(2) ZIEL / FUNKTION:

Die Bedeutung der Intervention für den therapeutischen Prozess des Klienten wird hier kurz behandelt.

(3) INDIKATIONSHINWEISE:

Unter diesem Gliederungspunkt werden solche Situationen aufgeführt, in denen die beschriebene Intervention eingesetzt werden kann.

(4) AUSWERTUNGSHINWEISE:

Hier werden solche Hinweise gegeben, wie z.B.

- Was macht der Therapeut nach erfolgter Intervention?
- Wie reagiert er auf den Klienten, wie setzt er das Gespräch fort? usw.

(5) DURCHFÜHRUNGSHINWEISE:

Unter diesem Gliederungspunkt werden zusätzliche Hinweise auf ein effektives Therapeutenverhalten gegeben und auf spezielle Probleme aufmerksam gemacht, wie sie aus der jeweiligen therapeutischen Situation entstehen können.

'Zusätzliche Hinweise für ein kombiniertes erlebnisorientiertes therapeutisches Vorgehen' werden im Abschnitt 3 gegeben. Hier handelt es sich um Ausführungen zum Selbstverständnis einer Verwendung von gestalttherapeutischen EaI im Kontext einer klientenzentrierten Gesprächspsycho-

therapiepraxis, sowie zu allgemeinen Indikations- und Kontraindikations-Gesichtspunkten.

In einer kurzen Übersicht werden die zentralen Hinweise für den Umgang mit EaI zusammengestellt:

- zurückhaltende Verwendung von EaI
- Transparenz der Intervention
- sprachliche Einfachheit
- einfühlsames und druckfreies 'Anbieten' der EaI
- Verzicht auf breite 'Erklärungen' des Therapeuten
- klientenzentrierte Auswertung erfolgter EaI
- ausreichende Zeit und Ruhe für Anwendung und Auswertung von EaI
- Hinweise auf Kombinationsmöglichkeiten der EaI untereinander.

Anschließend folgt ein Literaturverzeichnis, das die wesentlichen 'Quellen' für die Erstellung des MANUALS enthält, speziell bezogen auf die Darstellung und Beschreibung der hier ausgewählten EaI, die Transkriptbeispiele und Indikationshinweise.

4.2.2. Das 'Therapeuten-Training'

Insgesamt absolvierte jeder Teilnehmer an der EG ein 12tägiges Training mit ca. 100 Unterrichtsstunden über einen 2-monatigen Zeitraum hinweg.

Zu den vorbereitenden Materialien gehörten

- ein Buchbeitrag "Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie" von ESSER (1978 a), sowie
- ein "Manual für ein Therapeutentraining in erlebnisaktivierende Methoden" von ESSER (1978 b).

An dieser Stelle wollen wir in einem kurzen Überblick Trainingsziele und -inhalte wiedergeben:

Das übergeordnete Trainingsziel bestand darin, die Teilnehmer an der Experimentalgruppe (EG) zu befähigen, ein klientenzentriertes Therapeutenverhalten mit erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI) aus dem Kontext der Gestalttherapie zu kombinieren.

Folgende Inhalte und Methoden wurden vermittelt:

- Teilnahme an einem 3-tägigen Selbsterfahrungs-Workshop auf der Grundlage klientenzentrierter und gestalttherapeutischer Konzepte
- trainingsbegleitende Selbsterfahrung auf klientenzentrierter und gestalttherapeutischer Grundlage
- Training und Supervision der Teilnehmer unter Berücksichtigung der folgenden Schwerpunkte:

Sensibilisierung für verbale und nonverbale Mitteilungen von Klienten anhand von Videomaterial sowie mithilfe von Rollenspielmethoden;

Vertiefung der Selbst- und Fremdwahrnehmung in Form von Teilnehmer-Rollenspielen unter Verwendung von Video-feedback;

Demonstration und Diskussion von Modellfilmen;

Einübung in die indikationsgeleitete Beherrschung und Anwendung von erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI) mithilfe von Rollenspiel- und 'Micro-teaching'-Techniken;

Kombinierte Anwendung und Vertiefung von gesprächs- und gestalttherapeutischen Interventionen in Rollenspiel und Selbsterfahrung.

Darüber hinaus wurden die Teilnehmer (in begrenztem Umfang, d.h. soweit dies für einen 'erlebnisorientierten Therapieansatz' notwendig war) in die praktischen und theoretischen Grundlagen der Gestalt-Therapie eingeführt.

Im Zusammenhang mit der Zusatzausbildung für die Therapeuten der EG stellten wir uns die Frage, ob aufgrund eines möglichen Zuwachses an 'allgemeiner therapeutischer Kompetenz' nicht auch den Therapeuten der KG ein (zeitlich vergleichbares und kompetenzbezogenes) Zusatztraining angeboten werden müsse, um mögliche diesbezügliche Effekte

te in beiden UG zu egalisieren. Wir entschieden uns schließlich dagegen, mit den Therapeuten der KG ein solches Trainingsangebot durchzuführen, da es bei der Zusatzausbildung für die Therapeuten der EG ausschließlich um die Realisierung eines erlebensorientierten Therapeutenverhaltens, speziell der Aneignung spezifischer EaI geht.

Insbesondere sollte - da beide Therapeutengruppen vor Beginn des Zusatztrainings hinsichtlich des Merkmals 'VEE' gematcht worden waren - ausgeschlossen werden, daß es aufgrund eines gesprächspsychotherapeutischen Zusatztrainings etwa zu einer wesentlichen Veränderung der Verbalisierungsfähigkeit der KG-Therapeuten kommt: sie nämlich hätte eine Konfundierung der Effekte zur Folge, da ja gerade das Ziel unserer Untersuchung darin besteht, zu überprüfen, ob angesichts eines vergleichbaren VEE-Niveaus der beiden UG-Therapeuten es aufgrund der Realisierung von EaI (in der EG) zu unterschiedlichen Auswirkungen auf die Tiefe des 'experiencing' kommt.

Die (21) Therapeuten beider Untersuchungsgruppen wurden zu Supervisionszwecken in drei Kleingruppen à 5 sowie einer Kleingruppe à 6 Mitglieder unterteilt. Die beiden Kleingruppen der EG wurden vom Verfasser der Arbeit, die Kleingruppen der KG jeweils von einem Ausbilder in Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie supervidiert.¹

Die 3stündigen Kleingruppen-Supervisionssitzungen fanden in wöchentlichem Abstand über einen Zeitraum von drei Monaten (= 12 Sitzungen) statt.

¹ Ich möchte mich herzlich bei Dr. Cilly SCHWERDT und Priv.-Doz. Dr. Ulf PLESSEN für ihre Mitarbeit bedanken.

5. THERAPEUTEN

5.1. Ausbildungsvoraussetzungen

Insgesamt 21 Studenten(-innen) am Ende der klinisch-psychologischen Ausbildung (8. Semester) nahmen als 'Junior'-Therapeuten an unserem Therapieprojekt teil. Davon entfielen N = 10 (d.h. 9 weiblich / 1 männlich) auf die EG, und N = 11 (d.h. 9 weiblich / 2 männlich) auf die KG.

Alle teilnehmenden Studenten(-innen) hatten zuvor als Therapeuten in einem mehrmonatigen Therapieprojekt zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie mitgearbeitet¹, an dem auch der Verfasser der vorliegenden Arbeit als Supervisor der einzelnen Kleingruppen teilnahm. Im Rahmen dieses Projektes bekamen sie eine klientenzentrierte gesprächspsychotherapeutische Grundausbildung mit den folgenden Zielen und Inhalten vermittelt:

Ziel dieses insgesamt 60 Unterrichtsstunden umfassenden Trainings war es, die Teilnehmer zu befähigen, ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten in unterschiedlichen Situationen und bei unterschiedlichen (neurotischen) Klienten anzuwenden.

Das Training umfaßte folgende Inhalte und Methoden:

- o Selbsterfahrung auf der Grundlage klientenzentrierter Konzepte
- o Supervision der Teilnehmer unter Berücksichtigung folgender Elemente:
 - Formulierung von Therapeuten-Äußerungen
 - Rollenspiele kritischer Therapiesituationen
 - Themenzentrierte Selbsterfahrung
 - Vorführung von Modellbändern/Modellverhalten der Ausbilder.

¹ Dieses Projekt fand unter Leitung von Priv.-Doz. Dr. Ulf PLESSEN und Dipl.-Psych. Stefan KAATZ im Frühjahr 1978 in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster statt (vgl. dazu die Veröffentlichungen von PLESSEN, 1980 a).

Im Anschluß daran übernahm jeder der Therapeuten die selbstständige klientenzentrierte Einzelbehandlung von zwei 'Echt'-Klienten mit psychoneurotischer Symptomatik über die Dauer von (in wöchentlichem Abstand stattfindenden) 10 Gesprächskontakten mit je 45 Minuten Dauer. Die einmal wöchentlich stattfindende Gruppensupervision war für jeden Projektteilnehmer bindend und erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten. Die 3-stündige Gruppensupervision wurde nach einem Rotationsverfahren mit wöchentlichem Supervisorenwechsel vorgenommen.

Mit seiner Zusage erklärte sich jeder Therapeut bereit, zwei Klienten über mindestens 10 Kontakte hinweg selbstständig und einzeltherapeutisch zu behandeln.

Den Therapeuten der KG wurde verbindlich zugesagt, daß sie auf Wunsch im Frühjahr des kommenden Jahres ein Zusatztraining bekommen würden, das dem der EG identisch sei.

Diejenigen, die ihre Projektteilnahme unter diesen Bedingungen verbindlich zusagten, wurden nach einem Zufallsverfahren auf die beiden Untersuchungsgruppen verteilt und über ihre entsprechende Gruppenzuweisung unterrichtet (vgl. hierzu besonders den nachfolgenden Abschnitt IV. 5.2.: Zuteilung auf die Behandlungsgruppen).

Auf einer Vorbesprechung wurden den Projektteilnehmern Einzelheiten zur Untersuchung sowie zum Untersuchungsplan, zu den Behandlungsbedingungen, den verwendeten Meßinstrumenten und den Supervisions- und Behandlungsterminen mitgeteilt.

Insbesondere wurden die Therapeuten der KG über Einzelheiten des erlebnisorientierten Ansatzes (Kombination von GPTH und EaI) und die Art der verwendeten gestalttherapeutischen Interventionen informiert.

Wir entschieden uns für dieses Vorgehen, um zu gewährleisten, daß Therapeuten der KG, die entgegen unseren Erwartungen auch über Kenntnisse in der Anwendung gestalttherapeutischer Interventionen verfügten, diese auch entsprechend auf den 'Stundenbegleitbögen Therapeut' (SBT) kennzeichneten.

5.2. Zuteilung auf die Behandlungsgruppen

Vor Zuweisung der Therapeuten zu den beiden Untersuchungsgruppen wurden ein 'Experten'-Rating durchgeführt, an dem drei Ausbilder in GPTH teilnahmen, die jeden der in diesem Projekt eingesetzten Therapeuten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten wöchentlich supervidiert hatten. Eingeschätzt wurde - als umfassendes und zusammengesetztes Merkmal - die gesprächspsychotherapeutische K o m p e t e n z der beteiligten Therapeuten; in dieses Konstrukt gehen solche Faktoren ein, wie:

- Güte der Verbalisierung (VEE)
- Wahrnehmungssensibilität und Einfühlungsvermögen
- Flexibilität im Therapeutenverhalten
- sicheres Auftreten
- Umgang mit 'schwierigen Situationen'.

Zur Einstufung der Therapeuten wurden drei Kategorien festgelegt:

"Kompetenz GPTH:

- (1) 'sehr gut'
- (2) 'gut'
- (3) 'befriedigend'

In der ersten Phase des Ratings ordneten die Experten - unabhängig voneinander - jedem Therapeuten eines der o.g. Qualitätsurteile zu. Nachfolgend wurde für jeden Therapeuten ein Summenscore gebildet, anhand dessen eine erneute Einstufung vorgenommen wurde:

Therapeuten, die

- einen Summenscore von 3, 4 oder 5 erhielten, wurden mit 's e h r g u t' (= 1)
- einen Summenscore von 6 oder 7 erhielten, wurden mit 'g u t' (= 2)
- einen Summenscore von 8 oder 9 erhielten, wurden mit 'b e f r i e d i g e n d' (= 3)

eingestuft.

Es ergab sich folgende Verteilung der Therapeuten in den o.g. drei Kategorien:

'Sehr gut'	(= 1)	N = 5
'gut'	(= 2)	N = 9
'befriedigend'	(= 3)	N = 7

In der zweiten Phase des Ratings wurden den Therapeuten innerhalb ihrer jeweiligen Einstufungsgruppe Rangplätze zugewiesen. Damit sind nach den beiden Phasen des Ratings alle beteiligten Therapeuten in einer Rangfolge geordnet.

Therapeuten mit vergleichbarer Merkmalsausprägung wurden parallelisiert und aus diesen 2er-Gruppierungen per Zufallsverfahren einer der beiden Untersuchungs- bzw. Behandlungsgruppen zugewiesen.

Nach Eliminierung der Therapien, die für unsere Untersuchung nicht verwertbar waren, stellt sich die Verteilung der Therapeuten auf EG bzw. KG wie folgt dar:¹

Rangplätze	EG	KG
1 - 5	3	2
6 - 11	3	3
12 - 17	3	3

Damit ist die Variable "Kompetenz GPTH" in EG und KG gleichverteilt.

Reliabilitätsprüfung

Entsprechend den zwei Phasen des Experten-Ratings wurden auch zwei Reliabilitätskoeffizienten berechnet. Die Übereinstimmung der drei Experten bei der Einstufung der The-

¹ Die Summe der Therapeuten ergibt hier nicht 28, da 10 Therapeuten jeweils zwei Therapien durchführen.

rapeuten in die Kategorien "sehr gut", "gut" und "befriedigend" betrug $r = .74$.

Bei der anschließenden Rangreihenbildung innerhalb der drei vorher gebildeten Gruppen stimmten die Experten wie folgt überein:

Gruppe 1	(N = 5)	$r = .98$
" 2	(N = 9)	$r = .70$
" 3	(N = 7)	$r = .84$

Die nach der EBEL-Formel berechnete Inter-Rater-Reliabilität läßt sich insgesamt als zufriedenstellend bezeichnen.

6. KLIENTEN

6.1. Gewinnung und Zuteilung zu den Behandlungsgruppen

Die Klienten wurden unter Mithilfe des Presseamtes der Westfälischen Wilhelms-Universität sowie der regionalen Presse in Münster gewonnen. Auf die Anzeigen (siehe ANHANG A₁) der beiden münsterschen Tageszeitungen meldeten sich ca. 180 Klienten in den angegebenen Zeiträumen.

Mitarbeiter des Projektes notierten die persönlichen Angaben der Anrufer wie: Name, Adresse, Alter, Beruf, und baten sie um eine kurze Beschreibung der sie z.Zt. am stärksten belastenden Probleme sowie ggf. um Angabe einiger weiterer spezifischer Einzelheiten.

Aus der großen Zahl der Anrufer wurden nach eingehender Durchsicht der aufgenommenen persönlichen Angaben folgenden Personengruppen an andere therapeutische Institutionen oder Therapie-Projekte (zur Einzel- oder Gruppenbehandlung) weitervermittelt (siehe dazu ANHANG A₂),

- die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.
- bei denen der Verdacht auf aktuelle Suizidgefährdung bestand
- bei denen das Vorliegen eines psychotischen Krankheitsbildes vermutet wurde
- mit spezifischer und umgrenzter Symptomatik (Beispiel: Phobien, Zwänge)
- mit starkem aktuellem Medikamentenverbrauch
- mit studiumsbezogenen Problemen

Mit diesen Personen wurde telefonisch oder schriftlich erneut Kontakt aufgenommen und - in Absprache mit den infragekommenden Institutionen bzw. Therapieprojekten - Vorschläge für eine Behandlung außerhalb des Rahmens dieses

Therapieprojektes unterbreitet. Ein geringerer Teil (10 Personen) wurde einer einzel- bzw. gruppentherapeutischen Behandlung innerhalb der Klinischen Abteilung des Psychologischen Instituts der Universität Münster zugeleitet.

Aus den verbleibenden Klienten, von denen wir annahmen, daß sie in besonderer Weise unserer Zielgruppe 'multiple soziale Schwierigkeiten' entsprechen würden, bildeten wir 25 'Pärchen' unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien zur Homogenisierung von Klienten-Stichproben (in der angegebenen Reihenfolge):

- Geschlecht
- Alter
- Berufstätigkeit
- Problembereich(e)

Mithilfe eines Randomisierungsverfahrens wurden diese Personen dann der Experimental (EG)- bzw. der Kontrollgruppe (KG) zugewiesen.

40 Klienten wurden sofort einer therapeutischen Behandlung zugeleitet, weitere 24 verblieben auf einer - ebenfalls parallelisierten - Warteliste.

Insgesamt 45 Klienten wurden im Zeitraum der Untersuchung innerhalb unseres Therapieprojektes behandelt. Davon entfielen 22 auf die EG und 23 auf die KG. Alle übrigen Personen - einschließlich derer, die sich auf der Warteliste befanden - wurden (sofern dieser Wunsch noch nach Ablauf von drei Monaten bestand) einer therapeutischen Behandlung zugeführt.

Von den o.g. 45 Klienten brachen 14 die Therapiesgespräche vor Beendigung des 10. Gesprächskontaktes ab.

Klienten, die an unserem Projekt teilnahmen, d.h. nach den o.g. Matchkriterien ausgewählt worden waren, bekamen

ein "Informationsblatt zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie" mit einem Begleitschreiben (siehe ANHANG A_{2a} und 4) zugeschickt. Die Klienten wurden in diesem Schreiben gebeten, einen Zettel zum ersten Gesprächskontakt mitzubringen, auf dem (der Wichtigkeit nach), die sie z.Zt. am stärksten belastenden Problembereiche aufgeführt waren.

6.2. Beschreibung der Klientenstichprobe

Insgesamt nahmen an unserer Untersuchung 45 Klienten teil (Kriterium: tel. Anmeldung, Zusage und Erstgespräch) (EG = 22 / KG = 23).

14 Personen (das sind ca. 31 %) brachen die Gespräche vor Beendigung des 10. Kontaktes ab; davon entfallen 11 (47,8 %) auf die KG und (nur) drei (13,6 %) auf die EG.¹

Das durchschnittliche Alter aller Klienten betrug 32 Jahre; das Alter streute von 18 - 56 Jahren.

Wie in solchen Untersuchungen durchaus üblich ist (vgl. etwa GRAWE, 1976; BARTLING, FIEGENBAUM und KRAUSE, 1980, sowie PLESSEN, 1980) war der Anteil weiblicher gegenüber den männlichen Klienten erheblich höher (Verhältnis etwa 2 : 1); d.h. 16 Männer (das sind 35,6 %) und 29 Frauen (das entspricht 64,4 %) nahmen an der Untersuchung teil.

Hinsichtlich des Merkmals 'Schulabschluß' gab es folgende Verteilung in der gesamten Klienten-Stichprobe:

¹ Zur näheren Beschreibung der Abbrecher (ABR) im Vergleich zu den Nicht-Abbrechern (NABR) siehe Abschnitt V. 2.: 'Therapieabbrecher'.

Hauptschulabschluß	20	% (N = 9)
Mittlere Reife	42,4	% (N = 19)
Abitur/HS-Studium	37,8	% (N = 17)

D.h., der Anteil derjenigen Vpn ohne Abitur bzw. Hochschulstudium betrug - wie mit unserem Klientenauswahlverfahren (s.o.) intendiert - zusammen 62,2 % (a + b).

Eine ähnliche Gesamtgruppenzusammensetzung spiegelt sich beim Merkmal 'Berufstätigkeit' wieder: hier betrug der Anteil

der Berufstätigen	55,5	% (N = 25)
der Hausfrauen	13,3	% (N = 6)
der in Ausbildung befindlichen (Lehre/Studium)	31,1	% (N = 14)

Hier waren also über 75 % der Vpn Nicht-Studenten.

Zum Zwecke einer differenzierteren Betrachtung spezieller Klientenmerkmale sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den beiden Untersuchungsgruppen (EG und KG) haben wir eine Übersicht (s. Tabelle 1) angefertigt, in der noch einmal die Zusammensetzung der Klienten in den beiden UG (Untersuchungsgruppen), die Zahl der Abbrecher, das durchschnittliche Alter sowie die Verteilung hinsichtlich der Merkmale 'Geschlecht', 'Schulabschluß' und 'Berufstätigkeit' numerisch und in Form von Prozenträngen ausgedrückt werden.

Tabelle 1: Demographische Kennwerte sowie spezifische Merkmale der an der Untersuchung beteiligten Personen: Zahl der Klienten und der Abbrecher; Durchschnittsalter; Geschlecht; Schulabschluß; Berufstätigkeit

Parameter	EG		KG	
		%		%
N (Zahl der Klienten)	22	48,9	23	51,1
Abbrecher (ABR)	3	13,6	11	47,8
Ø Alter	32,5		32,3	
Geschlecht				
männlich (1)	8	36,4	8	34,8
weiblich (2)	14	63,6	15	65,2
Schulabschluß				
Hauptschule (1)	4	18,2	5	21,7
Mittlere Reife (2)	9	40,9	10	43,5
Abitur (Hochschule) (3)	9	40,9	8	34,8
Berufstätigkeit				
Berufstätig (1)	12	54,5	13	56,5
Hausfrau (2)	3	13,6	3	13,0
in Ausbildung (3)	7	31,8	7	30,4

Wie der Tabelle 1 entnommen werden kann, sind die jeweiligen Merkmalsdifferenzen zwischen EG und KG unerheblich, bzw. spiegelt sich die Genauigkeit des von uns durchgeführten Matching (und der nachfolgenden Randomisierung)

in der Übereinstimmung beider Untersuchungsgruppen in den definierten Merkmalen wieder.

Ein deutlicher Unterschied zwischen EG und KG ist allerdings bezüglich der Zahl der Abbrecher (s. S. 206) festzustellen.

Anhand der zum Erstgespräch mitgebrachten Zettel, auf denen die Klienten die sie z.Zt. am stärksten belastenden Problembereiche und Symptome aufgeführt hatten, und die in erster Linie der 'Selbstkontrolle', d.h. der persönlichen Überprüfung des Ausmaßes an Veränderung in den im Erstkontakt genannten Bereichen durch die Klienten selbst dienten, stellten wir - aus einem rein heuristischen Interesse - eine Übersicht über die Beschwerden und Symptome zusammen, deretwegen sich die Klienten zu unserer Untersuchung angemeldet hatten.

Die Reihenfolge der aufgeführten Symptome und Beschwerden richtete sich nach der relativen Häufigkeit der Nennungen.¹

¹ Hier waren selbstverständlich Mehrfachnennungen möglich.

	EG	KG	Total	(%)
Kontaktstörungen	4	7	11	13
Partnerschaftsprobleme	5	6	11	13
Ängste/Probleme im sozialen Bereich	4	3	7	8,3
Folgen der Scheidung	3	4	7	8,3
Probleme in der Familie	4	2	6	7,1
Psychosomatische Beschwerden	1	5	6	7,1
Schwierigkeiten in Beruf und Studium	2	4	6	7,1
Selbstwertprobleme	1	2	3	3,6
Erkrankung/Tod von Bezugspersonen	2	1	3	3,6
Schlafstörungen	-	3	3	3,6
Ängste	1	2	3	3,6
Leistungsängste und -störungen	1	1	2	2,4
Zwänge	2	-	2	2,4
Suizidgedanken	1	1	2	2,4
Abhängigkeit (Alkohol/ Tabletten)	1	1	2	2,4
Konzentrations- und Arbeitsstörungen	2	-	2	2,4
Depressionen	1	1	2	2,4
Mangelndes Durchsetzungsvermögen	-	2	2	2,4
Unkontrolliertes Verhalten	-	1	1	1,2
Klimakteriumsbeschwerden	1	-	1	1,2
Homosexualität	1	-	1	1,2
Sprechstörungen	-	1	1	1,2
	37	47	84	100,0

Abb. 3: Übersicht über genannte Beschwerden und Symptome

Auf dem Auswertungsbogen des FPI (s. Abb. 4), zeigten die Klienten unserer Untersuchung das Profil einer gemischten Neurotikerstichprobe (N = 45), die sich von einer Normalbevölkerung in einer Reihe von Merkmalen (siehe FPI-Skalen 1, 3, 6, 8, N und M) deutlich abgrenzen läßt und damit als eine 'echte' klinische Stichprobe anzusehen ist.

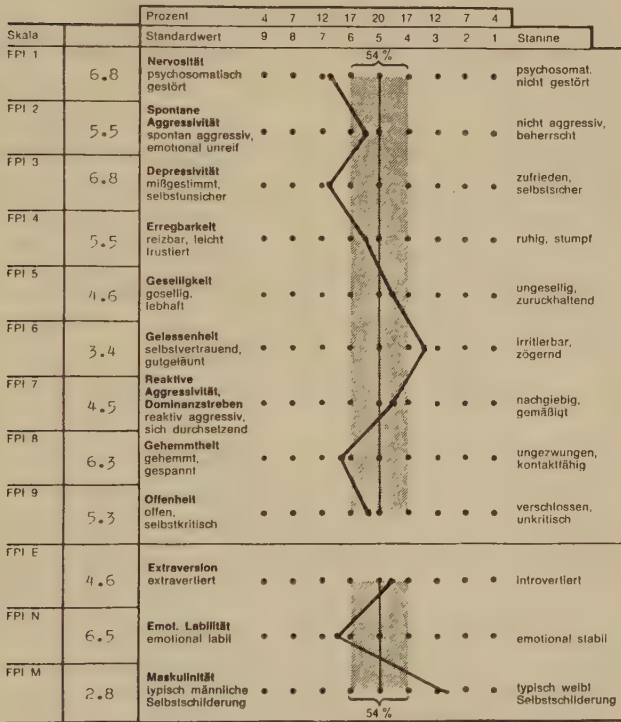


Abb. 4: FPI - Profil der Gesamtstichprobe (N = 45)

Profilähnlichkeiten liegen etwa zur psychiatrischen Phobikerstichprobe von GRAWE und PLOG (1976, vgl. S. 54 Abb. 1) vor. Besonders auffallend ist die Ähnlichkeit mit dem Profil von Klienten mit 'multiplen Situationsphobien', die unter ähnlichen Bedingungen wie in der vorliegenden Untersuchung im Raum Münster 'angeworben' und am Psychologischen Institut der Westfälischen Wilhelms-Universität behandelt wurden (vgl. dazu BARTLING, 1978, S. 154).

7. DATENAUSWERTUNG

In diesem Abschnitt geht es um die Beschreibung der inferenzstatistischen Prüfverfahren, die zur Auswertung unseres Datenmaterials herangezogen wurden.

Wir entschieden uns für einen univariaten Ansatz, bei dem für jede der gemessenen Untersuchungsvariablen getrennt die Veränderung bestimmt wird - nicht zuletzt wegen des eher explorativen und 'materialbeschaffenden' Charakters unserer Untersuchung, die erst die Grundlage für weitere ziel- und hypothesengerichtete Arbeiten darstellt.

Zum anderen spielt bei unserer Entscheidung gegen multivariate Berechnungen die Größe der in unsere Untersuchung eingehenden Klientenstichproben (EG: N = 19 bzw. 17 / KG: N = 12 bzw. 11) eine entscheidende Rolle: sie ist im Verhältnis zur Zahl der Untersuchungsvariablen zu gering, als daß - im Hinblick auf das Auftreten starker Meßfehler - die Anwendung faktorenanalytischer Verfahren hier angemessen und sinnvoll erschien.

Zur teststatistischen Analyse und Auswertung der Daten der Situationsmessung (Erhebung der Daten zur Therapeutenvariable 'Erlebnisaktivierende Intervention' und zur Klientenvariable 'Experiencing') zogen wir nonparametrische Testverfahren heran:

Für die Mittelwertsvergleiche innerhalb der einzelnen Untersuchungsgruppen (EG und KG) wurde der FRIEDMANN-Test (2-fache Rangvarianzanalyse) für mehrere abhängige (einseitige Fragestellung) sowie der WILCOXON-Test für zwei abhängige Stichproben, für die Überprüfung von Unterschieden zwischen EG und KG der U-Test für unabhängige Stichproben verwendet.

Im Gegensatz zu unserem Vorgehen im Zusammenhang mit den Daten der Therapie-Erfolgs- und -Verlaufsmessung (s.w.u.)

wurden hier die zu überprüfenden Fragestellungen dann einseitig formuliert, wenn vorangegangene Ergebnisse die Richtung der Fragestellung mit einer großen Wahrscheinlichkeit bestimmten (Irrtumswahrscheinlichkeiten und 'Kritische Grenze' s.u. S.

Zur Entscheidung über die Verwendung parametrischer bzw. nonparametrischer Prüfverfahren im Zusammenhang mit den Daten der Therapie-Verlaufs- und Erfolgsmessung wurden die Daten beider Untersuchungsgruppen zuvor mit dem KOLMOGOROV-SMIRNOV-Anpassungs-Test (KSA-Test)¹ auf Vorliegen einer Normalverteilung geprüft.

Die Prüfung der Gruppen-Mittelwerte der Ausgangsdaten mittels t-Test ergab Nicht-Homogenität in nur drei von insgesamt 50 Variablen der Erfolgs- und Verlaufsmaße:

- Unsicherheitsfragebogen (p = 0.001)
- FPI 8 ("Gehemmtheit") (p = 0.01)
- FPI E ("Extraversion") (p = 0.05)

Da die Daten aus normalverteilten Grundgesamtheiten stammen und mit der Homogenität der Varianzen der Ausgangsdaten eine weitere Voraussetzung erfüllt ist, entschieden wir uns hier für die Verwendung parametrischer Prüfverfahren:

Die Veränderungen der abhängigen Variablen 'U-Fragebogen', 'STAI', 'BDI' sowie FPI 1-8, N, E, M zwischen den Testzeitpunkten 'prä' und 'post' innerhalb EG bzw. KG mit dem t-Test für korrelierende Stichproben überprüft.

Im folgenden berechneten wir die Mittelwertsunterschiede der prä-/post-Differenzen von EG und KG in den o.g. Variablen mit dem t-Test für unabhängige Stichproben.

¹ Besonders bei kleinen Stichproben ist der KSA-Test bedeutend schärfer als der χ^2 -GA-Test. Er setzt allerdings voraus, daß die theoretische Verteilung genau bekannt ist (KALLINA/TRÄNKLE, 1980, S. 42).

Als Eingangsvoraussetzung für die Anwendung des t-Tests als Spezialfall einer einfachen Varianzanalyse für zwei unabhängige Stichproben (EG und KG) wurden auch hier die Daten beider Stichproben zuvor daraufhin überprüft, ob ein Unterschied der Varianzen noch als zufällig angesehen werden könne (F-Test).

Zum post-Testzeitpunkt (10. Kontakt) wurden die Werte beider Untersuchungsgruppen im 'VEV' (MEHNERT-Fragebogen) sowie in den 34 Variablen (Items) des 'SBK' mit dem t-Test für unabhängige Stichproben auf Mittelwertsunterschiede hin überprüft.

Um signifikante Veränderungen der Mittelwerte der 34 SBK-Items (Verlaufsmessung) über die 10 Behandlungskontakte hinweg festzustellen, wurden die Gruppenmittelwerte (in EG und KG) der Kontakte 2 - 10 jeweils mit dem Mittelwert des 1. Kontaktes verglichen (mit dem t-Test für abhängige Stichproben). Darüber hinaus wurden - ähnlich wie im Zusammenhang mit der Erfolgsmessung - die Veränderungsbeträge (Mittelwerts-Differenzen) vom 1. zum n-ten Kontakt (unter Einbeziehung ihrer Standardabweichung) zwischen EG und KG verglichen (t-Test für unabhängige Stichproben; wir setzten hier eine Normalverteilung der Mittelwerts-Differenzen voraus).

Alle Fragestellungen im Zusammenhang mit der Erfolgs- bzw. Verlaufsmessung wurden jeweils zweiseitig geprüft. Als Irrtumswahrscheinlichkeiten wurden $p = 0.05$ ("signifikant"), $p = 0.01$ ("sehr signifikant") und $p = 0.001$ ("hochsignifikant") angegeben; als kritische Grenze legten wir eine Fehlerwahrscheinlichkeit von $p = 0.05$ fest.

Neben den statistischen Analysen der Therapie-Erfolgs- und Verlaufsdaten wurden die deskriptiven Kennwerte sowie die Häufigkeitsverteilungen für die Daten (einschließlich solcher Parameter wie: Alter, Geschlecht, Schulbildung usw.) der EG und der KG (jeweils mit und ohne die Gruppe der 'Abbrecher') berechnet.

Die Durchführung der hier aufgeführten Aufgaben erfolgte im wesentlichen mithilfe des Programmsystems "SPSS", Version 8. Zusätzlich fanden selbsterstellte "FORTRAN-IV" Programme Verwendung, die der Datenübersicht (Tabellierung) sowie der grafischen Darstellung von Zeitprofilen (Verlaufscharakteristiken) dienten.

V. ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

1. EINLEITUNG

In dem nun folgenden Teil geht es um die Präsentation der unterschiedlichen Befunde unserer empirischen Untersuchung. Wir haben diesen Abschnitt in die Darstellung und Diskussion

- (a) der Therapie-Abbrecher
- (b) der Ausgangs-(Prä-)Werte beider Untersuchungsgruppen, d.h. der Testwerte zum Meßzeitpunkt I, und
- (c) der Behandlungseffekte auf den drei unterschiedlichen Meßebenen (Situations-, Verlaufs- und Erfolgsmessung) untergliedert.

2. THERAPIEABBRECHER

Als 'Therapie-Abbrecher'¹ definierten wir im Rahmen der Untersuchung diejenigen Klienten, die - aus welchen Gründen auch immer - die therapeutische Behandlung einer der beiden Untersuchungsgruppen vor Beendigung des 10. Gesprächskontaktes abbrechen.

Wir gehen davon aus, daß (1) therapeutische Gespräche erst ab einem solchen Zeitraum bzw. einer solchen Kontaktzahl zu dauerhaften Veränderungen bei Klienten führen; aus-schlaggebend war jedoch für uns (2) die Festlegung eines Kriteriums-Zeitraumes, der einen direkten Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen gestattete.

In beiden Behandlungsgruppen brachen 14 Personen die Gespräche vorzeitig, d.h. vor Beendigung des 10. Kontaktes ab. - Die größte Abbruchhäufigkeit ist - über beide Untersuchungsgruppen hinweg - nach dem 2. Kontakt (N = 5) die zweitgrößte nach dem 8. Kontakt (N = 3) festzustellen.

Der Unterschied zwischen den Abbrechern der EG (N = 3) und denen der KG (N = 11) ist statistisch signifikant ($p = 0.05$). Im Vergleich zu anderen empirischen Untersuchungen, die uns bekannt sind, ist die Abbrecherquote von 31 % in unserer Untersuchung als hoch anzusehen.

Zum Zwecke einer quantitativen und qualitativen Analyse möglicher Unterschiede zwischen Abbrechern und Nichtabbrechern haben wir

- (a) beide Untersuchungsgruppen zahlenmäßig zusammengefaßt, um Abbrecher mit Nichtabbrechern über EG und KG hinweg zu vergleichen (vgl. Tabelle 2);
- (b) jeweils die Abbrecher den Nichtabbrechern in den einzelnen Untersuchungsgruppen (EG und KG) einander gegenübergestellt (vgl. die Tabellen 3 und 4).

¹ Wir verwenden nachfolgend die Abkürzungen: 'ABR' = Abbrecher; 'NABR' = Nicht-Abbrecher.

Tabelle 2: Ausgewählte Ausgangswerte (Mittelwerte/ Standardabweichungen) zum Meßzeitpunkt I aller Therapieabbrecher (N = 14) und -Nichtabbrecher (N = 31)

Variable	NABR		ABR		p = ¹
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
SBK-Items (Mztpkt. T ₁)					
19 ("TH bestimmter")	3.097	1.83	4.357	1.65	0.05
28 ("Innerlich ge- wehrt")	2.548	1.36	3.500	1.23	0.01

Tabelle 3: Ausgewählte Ausgangswerte (Mittelwerte / Standardabweichungen) zum Meßzeitpunkt I von Therapieabbrechern (N = 3) und -Nichtabbrechern (N = 19) in der EG

Variable	NABR		ABR		p = ¹
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
Unsicherheits-FB ("g")	79.211	11.52	100.333	10.02	0.01
SBK-Item (Mztpkt. T ₁)					
6 ("Geschehen weniger bestimmen")	6.263	1.05	4.667	2.08	0.05

Tabelle 4: Ausgewählte Ausgangswerte (Mittelwerte/ Standardabweichungen) zum Meßzeitpunkt I von Therapieabbrechern (N = 11) und -Nichtabbrechern (N = 12) in der KG

Variable	NABR		ABR		p = ¹
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
SBK-Items (Mztpkt. T ₁)					
19 ("TH bestimmter")	3.083	1.68	4.363	1.80	0.1
30 ("Optimistischer")	3.667	1.44	5.000	1.18	0.05

¹ Bei zweiseitiger Fragestellung.

Obschon angesichts der geringen Stichprobengrößen die Differenz zwischen den Therapie-Abbrechern und den -Nicht-abbrechern nur in einigen der gemessenen Variablen (s.o.) statistisch bedeutsam werden, erhielten wir doch einige Hinweise aus dieser Gegenüberstellung, die einige der Motive für den später erfolgten - vorzeitigen - Abbruch der Gespräche aufhellen:

Therapie-Abbrecher in beiden Behandlungsgruppen weisen - verglichen mit den Therapie-Durchhaltern - auf zwei SBK-Items höhere Werte nach dem 1. Kontakt auf. Sie

- o erleben ihren Therapeuten im Gespräch als in seinem Verhalten ihnen gegenüber bestimmter (SBK 19)
- o wehren sich innerlich dagegen, wenn der Therapeut sie zu bestimmten Handlungsweisen auffordert (SBK 28).

Therapie-Abbrecher innerhalb der EG zeigen - verglichen mit den Therapie-Durchhaltern derselben Untersuchungsgruppe -

- o ein größeres Ausmaß an 'allgemeiner Selbstunsicherheit' (U-Fragebogen, Faktor "g");
- o sie können das Geschehen weniger von sich aus bestimmen (SBK 6).

Therapieabbrecher innerhalb der KG erleben - verglichen mit den Therapie-Durchhaltern derselben Untersuchungsgruppe -

- o ihren Therapeuten im Gespräch als in seinem Verhalten ihnen gegenüber bestimmter (SBK 19; s.o.);
- o sie sind - zugleich - optimistischer, was die Lösung ihrer Schwierigkeiten betrifft (SBK 30).

Inwieweit die vorzeitige Beendigung der Therapie-Gespräche innerhalb der KG tatsächlich auf eine geringere psychi-

sche Beeinträchtigung und auf eine optimistischere Einstellung hinsichtlich der Lösung ihrer Schwierigkeiten s o w i e auf ein vergleichsweise geringer ausgeprägtes Gefühl, auf die therapeutische Behandlung angewiesen zu sein, zurückzuführen ist, können wir hier nicht eindeutig beantworten.

Unabhängig davon halten wir die Hinweise aus der Beantwortung des SBK nach Beendigung des 1. Kontaktes (Meßzeitpunkt T_1) für wichtig:

Die von den Therapieabbrechern wesentlich stärker empfundene 'Bestimmtheit' der Therapeuten - sowohl in der EG als auch in der KG - geht einher mit einem höheren Ausmaß subjektiv erlebter innerer Abwehr.¹

Angesichts der signifikant höheren Zahl der innerhalb der KG vertretenen Therapieabbrecher haben wir uns die Frage gestellt, wie sich dieser Unterschied auf die Ausgangswerte (Meßzeitpunkt I bzw. T_1) beider Untersuchungsgruppen auswirkt, d.h., ob durch die Zahl der Therapieabbrecher bzw. deren Wegfall die Ausgangswerte von EG und KG entscheidenden Veränderungen unterliegen, die ja dann auch - als weitere Konsequenz - die Behandlungseffekte sowie deren Bewertung verzerren könnten.

Es war daher notwendig, beim Vergleich der Ausgangswerte von EG und KG dies mit und ohne Einbeziehung der Therapieabbrecher zu tun.

¹ Wir haben noch einmal Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Irrtumswahrscheinlichkeiten der Ausgangswerte von EG und KG (mit Abbrechern) sowie von EG und KG (ohne Abbrechern) in der Tabelle 2 im ANHANG C₁₅ dargestellt.

3. VERGLEICH DER AUSGANGSWERTE VON EG UND KG

In der nachfolgenden Tabelle 5 haben wir diejenigen Variablen, in denen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen zum Meßzeitpunkt I (bzw. T_1 für die SBK) auftraten, zusammengefaßt.¹ Für diesen Vergleich haben wir die Daten von EG bzw. KG jeweils mit und ohne Abbrecher herangezogen.

Vergleicht man die aufgelisteten Ausgangsdaten, dann fällt unmittelbar auf, daß die Einbeziehung aller Therapieabbrecher zu einer höheren Zahl statistisch signifikanter Differenzen zwischen den Behandlungsgruppen EG und KG führt: Dies gilt für

- den FPI-Faktor 3 (Depressivität)
- das SBK-Item 4 ("Der Therapeut war im heutigen Gespräch engagiert"), und
- das SBT-Item 8 ("Bezüglich des Therapieausganges bin ich optimistisch"/sog. korrespondierendes Item).

Das hat sicherlich zum einen mit dem additiven Effekt der durch die Hinzuziehung der Therapieabbrecher bewirkten (in unserem Falle erheblichen) jeweiligen Stichprobenvergrößerung zu tun; die Verkleinerung der Stichproben hingegen führt dazu, daß vormals (d.h. innerhalb des Stichproben-Vergleiches mit Abbrecher) bedeutsame Differenzen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0.05$ nunmehr, d.h. nach Reduzierung der Klientenzahl, außerhalb dieser Irrtumswahrscheinlichkeit gelangen (vgl. dazu die Variablen FPI 3 (Depressivität), FPI 5 (Geselligkeit), sowie das SBT-Item 8 ("Therapeut optimistisch")).

¹ Zur Gesamtübersicht (Mittelwerte/Standardabweichungen) siehe Tabelle 2 im ANHANG C₁₅.

Tabelle 5: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der EG und der KG (mit/ohne Abbrecher) zum Meßzeitpunkt I (bzw. T_1 für die SBK)

Variable	Vergleich mit ABR		P =	Vergleich ohne ABR		P =
	EG (N=22)	KG (N=23)		EG (N=19)	KG (N=12)	
Unsicherheits-FB (Faktor "g")	82.091	60.783	0.001	79.211	60.417	0.001
FPI-Skalen						
3 (Depressivität)	7.312	6.348	0.05	7.263	6.333	n.s.
5 (Geselligkeit)	3.773	5.435	0.05	3.947	5.750	n.s.
8 (Gehemmtheit)	7.318	5.348	n.s.	7.211	5.000	0.01
10 (Extraversion)	3.773	5.478	0.001	4.053	5.583	0.05
SBK-Item						
4 ("TH engagiert")	5.091	5.870	0.05	5.053	5.583	n.s.
SPT-Item						
8 ("TH optimistisch")	5.091	4.261	0.01	5.053	4.417	n.s.

Entscheidend ist u.E. hier allerdings, daß die Ausgangswerte der KG sich nicht oder nur unwesentlich aufgrund der Eliminierung der Therapieabbrecher in dieser Gruppe (N = 11) verändern. D.h. die Mittelwertsunterschiede der KG zu denen der EG bleiben - nach Subtraktion der Abbrecher - in etwa konstant.

Unter Vernachlässigung der Gruppe der Therapieabbrecher (in EG und KG) - wir werden uns bei der Darstellung der Behandlungseffekte ausschließlich auf die Daten derjenigen Klienten beziehen, die bis nach Beendigung des 10. Gesprächskontaktes an der Behandlung teilgenommen haben ('Therapie-Durchhalter') - läßt sich anhand der tabellarischen Gegenüberstellung der beiden Untersuchungsgruppen feststellen, daß sich die Klienten der EG in einigen Merkmalsbereichen statistisch bedeutsam von denen der KG unterscheiden:

- sie weisen ein höheres Ausmaß an 'genereller sozialer Unsicherheit' (vgl. Unsicherheits-Fragebogen, Faktor "g") auf
- verglichen mit den Klienten der KG stellen sie sich als gehemmt (FPI-Skala 8) dar
- sie schildern sich eher als introvertiert (FPI-Skala E).

Wir halten fest, daß die Ausgangswerte von EG und KG sich hinsichtlich der gekennzeichneten drei Variablen statistisch signifikant voneinander unterscheiden.

Hier stellt sich für uns die Frage, welche Konsequenzen diese Unterschiede für die gesamte Behandlung, speziell für die Beurteilung des Ausmaßes an Veränderung in beiden Untersuchungsgruppen zur Folge haben?

Dabei kommen u.E. zumindest zwei alternative Sichtweisen in Betracht:

- (1) Die ungünstigeren Ausgangswerte bedingen (aufgrund eines 'Deckeneffektes') für die Klienten der EG größere Verbesserungsaussichten aufgrund einer therapeutischen Behandlung als für die der KG ('Regressionseffekte').
- (2) Das erhöhte Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung zu Beginn der Behandlung impliziert, daß Verbesserungen der EG-Klienten innerhalb des vorgesehenen Zeitraumes von 2 1/2 Monaten (10 Kontakte) unwahrscheinlicher werden. Mit anderen Worten: angesichts der ungünstigeren Ausgangswerte der EG wäre hier möglicherweise eine längerfristige Behandlungsdauer angezeigt.

Als praktische Möglichkeit böte sich hier die Lösung an, lediglich solche Daten zu verrechnen, in denen keinerlei Unterschiede zwischen EG und KG zum Zeitpunkt vor Beginn der Behandlung feststellbar sind. Wir ziehen jedoch vor, die Daten aller Testverfahren darzustellen, hingegen bei der Auswertung und Interpretation der Befunde der 'Erfolgs'messung (vorher/nachher) besonders auf diesen Sachverhalt hinzuweisen und zu berücksichtigen.

4. BESCHREIBUNG DER BEHANDLUNGSEFFEKTE

4.1. Einleitung

Die Darstellung und Diskussion der Behandlungseffekte gliedert sich - analog den drei Ebenen der erfolgten Messung (vgl. dazu die Abschnitte IV. 2. ('Meßzeitpunkte') und IV. 3. ('Beschreibung der Meßinstrumente') - nämlich in die

- (a) Therapie-Situationsmessung
- (b) " -Verlaufsmessung, und
- (c) " -Erfolgsmessung

Weitere Ergebnisse werden unter

- (d) Zusammenhangsbefunde zwischen den drei Ebenen der Veränderungsmessung

dargestellt.

4.2. Befunde der Situationsmessung

4.2.1. Die Ergebnisse der EXP- und EaI-Erhebungen

Die in diesem Abschnitt des empirischen Teiles dargestellten Ergebnisse haben wir unter dem Oberbegriff der Situationsmessung subsumiert, die sich von der Darstellung der Therapieverlaufsmessung ('SBK'; vgl. den nachfolgenden Abschnitt V. 4.3.) inhaltlich durch den Focus auf die Microebene des therapeutischen Prozesses (Einschätzung des EXP der Klienten sowie der erlebnisaktivierenden Interventionen der Therapeuten) und formal aufgrund der größeren Zahl der (dazu erforderlichen) Messungen unterscheidet.

Die zwei - für unsere Untersuchung zentralen - Variablen stehen im Mittelpunkt der Datenanalyse und -auswertung:

- das 'Experiencing' (kurz: EXP) des Klienten, sowie
- die von den Therapeuten realisierten 'Erlebnisaktivierenden Interventionen' (kurz: EaI).

Zur Erfassung therapieprozessbedingter Veränderungen einer der beiden Variablen werden die Meßwerte aus den einzelnen Kontakten 3, 6 und 9 sowie ein (aus diesen Kontakten gebildeter) 'Therapiegesamtwert' zunächst innerhalb von EG und KG, anschließend zwischen den beiden UG verglichen (siehe dazu Abb. 5).

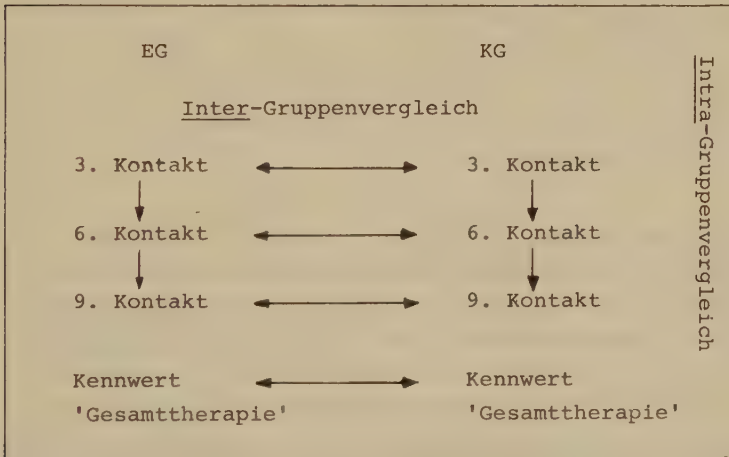


Abb. 5: Analyseebenen der Variablenwerte für EXP und EaI (Inter- bzw. Intra-Gruppen-Vergleich von EG und KG)

Wir beginnen mit den Ergebnissen der EXP-Messungen innerhalb der beiden UG sowie aus dem Vergleich zwischen EG und KG; ihm folgt die Darstellung der Befunde zur Therapeutenvariable EaI sowie deren (korrelative) Beziehung zur Klientenvariable EXP.

Beide UG werden hinsichtlich der Ausprägung der beiden o.g. Variablen sowohl

- in den sich jeweils entsprechenden Therapiekontakten 3, 6 und 9

als auch

- über den Gesamttherapieverlauf¹ hinweg miteinander verglichen.

.2.1.1. Die Klientenvariable 'EXP'

Zur Operationalisierung der Fragestellung "Lassen sich Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Klientenvariable EXP zwischen einer rein klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (GPTH) und einem therapeutischen Ansatz, in welchem gesprächspsychotherapeutische Anteile und EaI miteinander kombiniert werden, nachweisen?" wurden die EXP-Werte der EG und KG auf drei unterschiedlichen Analyseebenen miteinander verglichen:

- (1) auf der Ebene des Gesamtzeitraumes (Gesamtverlauf) der Therapien

¹ Unter 'Gesamttherapieverlauf' wird hier wie im folgenden stets die Zusammenfassung der Kontakte 3, 6 und 9 zu verstehen sein, wobei als Durchschnitt über diese Kontakte ein sog. Kennwert ermittelt wird.

- (2) jeweils zu den Zeitpunkten 3., 6. und 9. Kontakt
- (3) innerhalb der Kontakte 3, 6 und 9 auf Segmentebene.

Vergleich zwischen EG und KG über den Gesamt-Therapiezeit-
raum

Um Aufschluß darüber zu bekommen, ob die Variable EXP die EG und KG diskriminiert, wurde jeder Therapie ein EXP-Wert zugeordnet, den wir als Mittelwert aus den 15, mithilfe der EXP-Skala gerateten Abschnitten der Therapie bestimmten. D.h. es wurden 17 EXP-Kennwerte der EG und 11 EXP-Kennwerte der KG gegeneinander getestet.

Tabelle 6: Statistisch signifikanter Unterschied zwischen den mittleren EXP-Kennwerten der EG und der KG (Gesamttherapiezeitraum); U-Test für unabhängige Stichproben, 2-seitige Fragestellung

	EG (N = 17)	KG (N = 11)	p =
Mittlere EXP-Kennwerte (Gesamttherapie-Zeit- raum)	4.11	3.55	0.05

Eine Betrachtung der mittleren Therapiekennwerte von EG und KG zeigt, daß die EG einen signifikant höheren EXP-Mittelwert als die KG aufweist.

Eine weitergehende Interpretation dieser Befunde setzt eine differenzierte Betrachtung voraus, die auch die Veränderung des EXP im Laufe des therapeutischen Prozesses stärker berücksichtigt (vgl. GENDLIN, 1978, S. 13).

Beziehen wir mögliche Veränderungen des Selbsterlebens im Laufe der therapeutischen Behandlung in unseren Erklärungsversuch mit ein, so bieten sich zwei Möglichkeiten an:

- (1) Gegenüber den Klienten der KG verfügen die Klienten der EG bereits zu Beginn der Therapie in höherem Maße über die Fähigkeit, Bezug auf das innere Erleben (EXP) zu nehmen.
- (2) Die vorhandenen Unterschiede im Erleben (EXP-Differenzen) stellen sich erst im Verlauf der therapeutischen Behandlung ein, d.h. die beiden Klientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaß der Veränderung des EXP.

Vergleich der Ausgangswerte in EG und KG

Um einen empirischen Beleg dafür zu erhalten, daß der o.g. Unterschied hinsichtlich des 'Mittleren EXP-Kennwertes' tatsächlich auf die in den beiden Untersuchungsgruppen unterschiedlich realisierten Behandlungsbedingungen zurückzuführen sind, überprüften wir, ob sich die EXP-Werte in EG und KG zu Beginn des 3. Kontaktes bedeutsam voneinander unterscheiden.

Als Beginn des 3. Kontaktes definierten wir die ersten 9 Minuten (1. Segment) der insgesamt 45 Minuten des 3. Kontaktes.

Tabelle 7: Vergleich der EXP-Werte im 1. Segment des 3. Kontaktes zwischen EG und KG

	EG (N = 17)	KG (N = 11)	p =
EXP-Wert	3.8	3.6	ns

Mit anderen Worten: bevor in EG und KG voneinander abweichende therapeutische Behandlungsansätze realisiert werden, verfügen die Klienten beider Therapiegruppen über ein vergleichbares Experiencing-Niveau.

Vergleich zwischen EG und KG in den Einzelkontakten
3, 6 und 9

Wir ordneten jedem Therapiekontakt einen EXP-Wert zu, indem wir alle fünf innerhalb des Kontaktes eingeschätzten Einzelwerte mittelten.

Einen Überblick über die Veränderungen sowohl zwischen den Kontakten als auch zwischen den beiden UG (EG und KG) liefern Tabelle 8 und Abbildung 6 auf der folgenden Seite.

Sie zeigen, daß EG und KG sich im 3. Kontakt (d.h. dem Kontakt, in welchem die Therapeuten der EG erstmals erlebnisaktivierend intervenierten) nicht hinsichtlich der Höhe des EXP unterscheiden. D.h. zum Zeitpunkt des 3. Kontaktes bewegen sich die Klienten von EG und KG auf einem vergleichbaren EXP-Niveau ($p = 0.05$; einseitige Fragestellung).

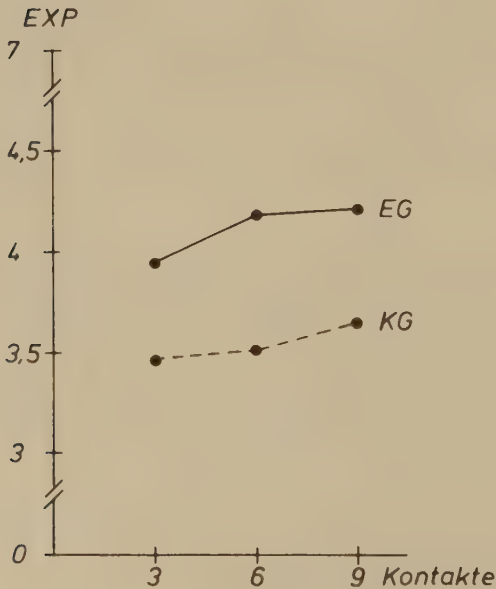
Mittelwerte (s. Tabelle 8 und Abb. 6) zeigen darüber hinaus, daß die Differenz zwischen den mittleren EXP-Werten von EG und KG im 6. Kontakt am deutlichsten ausgeprägt ist. Dieser Befund läßt sich für diesen Kontakt statistisch sichern ($p = 0.05$), nicht jedoch für den 9. Kontakt: ebenso wie im 3. Kontakt liegt auch hier kein statistisch höheres EXP der Klienten der EG vor.

Tabelle 8 und Abb. 6:

Mittelwerts-Vergleich bezüglich der Ausprägung des Merkmals EXP zu verschiedenen Zeitpunkten der therapeutischen Behandlung zwischen EG und KG (U-Test für unabhängige Stichproben; einseitige Fragestellung)

	EG	KG	p =
3. Kontakt	3.95	3.47	--
6. Kontakt	4.18	3.51	0.05
9. Kontakt	4.19	3.67	--

Mittlerer
EXP-Kennwert



Veränderungen des EXP innerhalb der EG bzw. KG

KIESLER (1971) diskutierte die Frage, ob und inwieweit die EXP-Skala Veränderungsvorgänge innerhalb der Therapie widerspiegelt oder ob sie eine relativ konstante Fähigkeit eines Individuums (i.S. eines "trait") erfaßt. Für beide Hypothesen gibt es bei KIESLER bestätigende empirische Befunde.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll dieser Frage auf zwei verschiedenen Ebenen nachgegangen werden:

- (1) Lassen sich innerhalb einer Therapie solche Veränderungen im EXP feststellen, die auf eine intensive 'Arbeitsphase' im mittleren Abschnitt der therapeutischen Behandlung hinweisen?
- (2) Gibt es solche typischen EXP-Verläufe innerhalb der einzelnen therapeutischen Kontakte?

Veränderungen des EXP innerhalb des Behandlungsverlaufes

Zunächst soll überprüft werden, ob innerhalb der EG bzw. der KG Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung des EXP zwischen dem 3., dem 6. und dem 9. Kontakt bestehen.

Die statistische Prüfung (FRIEDMAN-Test für mehrere abhängige Stichproben; einseitige Fragestellung) ergibt, daß ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Höhe des EXP zwischen den Kontakten 3, 6 und 9 - sowohl in der EG als auch in der KG - nicht vorliegt. Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie sich die EXP-Differenzen dennoch zu einem signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten von EG und KG im 6. Kontakt addieren:

K o n t a k t e				
	3	p =	6	p = 9
EG	3.95	- ns -	4.18	4.19
p =	ns		<u>0.05</u>	ns
KG	3.47	- ns -	3.51	3.67

Abb. 7: Übersicht über EXP-Differenzen zwischen EG und KG in den Kontakten 3, 6 und 9

Ausgehend von der Annahme, daß für die Herstellung einer echten therapeutischen 'Arbeitsbeziehung' zwischen Therapeut und Klient und - entsprechend - für das Zustandekommen einer intensiven Arbeitsphase des Klienten die Kompetenz¹ der Therapeuten eine entscheidende Variable im therapeutischen Prozess darstellt, teilten wir (unter Rückgriff auf das 'Experten-Rating') die Therapien der EG in etwa gleich stark besetzte Gruppen, in denen die Therapeuten über eine sehr hohe gesprächspsychotherapeutische Kompetenz (TH^{++}), über eine mittlere (TH^{+}) sowie über eine niedrige (TH^{-}) verfügten. Die Einführung dieser Variablen führte zur Formulierung der folgenden Arbeitshypothese: "Für die von hoch- und mittelkompetenten Therapeuten durchgeführten Therapien (TH^{++} und TH^{+}) der EG unterscheiden sich die EXP-Werte des 3., 6. und 9. Kontaktes signifikant voneinander."

¹ Gemeint ist hiermit die 'Gesprächspsychotherapeutische Kompetenz' der Therapeuten, wie sie im Abschnitt IV. 5.2. ('Zuteilung auf die Behandlungsgruppen') näher beschrieben, operationalisiert und per Expertenrating eingeschätzt wurde.

Die Anwendung des FRIEDMAN-Testes ($p = 0.1$) weist daraufhin, daß solche Unterschiede vorliegen. Zur genaueren Lokalisierung des Unterschiedes (mit dem WILCOXON-Test für zwei abhängige Stichproben) wurde folgende Arbeitshypothese getestet:

"Für die von hoch- und mittelkompetenten Therapeuten durchgeführten Therapien liegt der EXP-Wert des 6. Kontaktes signifikant höher als der des 3. Kontaktes."

Diese Hypothese wurde auf dem 5 %-Niveau bestätigt. Hingegen wurde eine gleichlautende Hypothese für den 9. Kontakt der EG nicht bestätigt.

Veränderungen des EXP innerhalb der Einzelkontakte 3, 6 und 9 (Segmentanalyse)

Im Rahmen einer Einzelfallstudie stellte SIX (1979) fest, daß innerhalb eines 'typischen' Gesprächskontaktes der Klient zunächst eine 'Aufwärmphase' durchläuft, in der die Höhe des EXP signifikant niedriger ist als in den letzten 15 Minuten des (insgesamt 45-minütigen) Kontaktes.

KIESLER et al. (1965) fanden, daß die Klientengruppe der 'Neurotiker' während der 40 Minuten einer Therapiestunde einen deutlich linearen Aufwärtstrend im EXP-Ausmaß zeigt. - Bei sog. 'normalen' Klienten stellt sich hingegen der EXP-Verlauf anders dar: die Werte nehmen zunächst vom 1. zum 2. Segment (je 5 Minuten) zu, fielen dann aber monoton ab.

Ausgehend von diesen Ergebnissen vermuten wir, daß einzelne Therapiesitzungen mit einer solchen "Aufwärmphase" beginnen und sich dann (analog dem mittleren Kontakt auf Gesamttherapieebene; s. dazu S.219f.) eine intensivere Arbeitsphase anschließt, die sich in korrespondierenden Veränderungen der EXP-Höhe niederschlägt. Dabei nehmen wir ferner an, daß solche Veränderungen zwischen den jeweils 5 x 9-minütigen Gesprächssequenzen für den 3., 6. und 9. Kontakt

(a) innerhalb jeder der beiden UG, sowie

(b) zwischen EG und KG

verschieden aussehen. - Auf diese Weise liegen also 6 Untergruppen vor.

Die folgende Tabelle (8) gibt einen Überblick über die mittleren EXP-Werte der Segmente 1 - 5 über die Gesprächskontakte 3, 6 und 9 hinweg, und zwar für EG und KG (jeweils drei Untergruppen) getrennt:

Tabelle 9: Mittlere EXP-Werte der Segmente 1 - 5 in den Gesprächskontakten 3, 6 und 9

Kontakte	EG					KG				
	Segmente					Segmente				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	3.8	4.0	3.7	4.2	4.1	3.6	3.5	3.1	3.9	3.2
6	4.4	3.9	4.2	4.4	4.1	3.6	3.5	3.3	3.6	3.5
9	3.9	4.2	4.1	4.4	4.3	3.3	3.1	3.9	4.1	4.0

In keiner dieser 6 Untergruppen wurde die oben formulierte Annahme bestätigt.

4.2.1.2. Zusammenfassung und Befundauswertung (EXP)

- o EG und KG unterscheiden sich statistisch bedeutsam hinsichtlich des mittleren EXP-Kennwertes; d.h. die Klienten der EG weisen - über sämtliche geratete Gesprächskontakte (3, 6 und 9) hinweg - ein höheres EXP-Niveau als die der KG auf (Inter-Gruppen-Vergleich).

Wir fassen dieses Ergebnis als Hinweis daraufhin auf, daß vermittels des von den Therapeuten der EG realisierten therapeutischen Ansatzes (Kombination von GPTH und EaI) günstigere Bedingungen für die Erhöhung des Klienten-EXP evoziert werden. Dabei ist natürlich nicht auszuschließen, daß neben der Verwendung von EaI in der EG zusätzlich auch andere, etwa Beziehungsvariablen, wirksam werden und einen systematischen Einfluß auf die Veränderung des EXP haben.

- o Die statistisch signifikante Differenz zwischen EG und KG hinsichtlich der Höhe des EXP ist auf Unterschiede im mittleren, d.h. 6. Kontakt zurückzuführen: während die EXP-Werte jeweils für den 3. und den 9. Kontakt nicht signifikant voneinander verschieden sind, liegt im 6. Kontakt ein signifikant höheres EXP der Klienten der EG vor (Inter-Gruppen-Vergleich).

Wenn hier also dem mittleren Abschnitt einer Therapie - was die unterschiedliche Ausprägung der Klientenvariable EXP betrifft - besondere Bedeutung zukommt, so ist dies wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß in dieser Phase der therapeutischen Behandlung ("Arbeitsphase") die EaI 1. häufiger eingesetzt werden, und 2. aufgrund der sich entwickelnden Beziehung zwischen Klient und Therapeut an Einwirkungskraft auf das Selbst-erleben des Klienten gewinnen.

- o Die mittleren EXP-Werte der Kontakte 3, 6 und 9 unterscheiden sich weder innerhalb der EG noch der KG

(Intra-Gruppen-Vergleich) signifikant voneinander.

- o Dagegen verändern sich die EXP-Werte der EG-Klienten, deren Therapeuten über eine durchschnittliche - sehr hohe gesprächspsychotherapeutische Kompetenz verfügen i.S. eines signifikanten EXP-Anstieges vom 3. zum 6. Kontakt.

Unverändert, d.h. auf etwa gleichem Niveau bleiben da- gegen die EXP-Werte der - gleichfalls nach der thera- peutischen Kompetenz ihrer Therapeuten gruppierten - Klienten der KG.

Offenbar schafft also erst das günstige Zusammenwirken der Therapeutenvariablen 'Kompetenz GPTH' u n d 'Rea- lisierung eines erlebnisaktivierenden Therapeutenver- haltens' geeignete Bedingungen für eine Veränderung des EXP (vgl. dazu auch die Diskussion bei ESSER, 1979).

- o Unterschiede in den EXP-Werten zwischen den einzelnen Segmenten des 3. (6. und 9.) Kontaktes liegen in beiden UG nicht vor.

Damit ließen sich im Rahmen dieser Untersuchung sog. auf- wärmspezifische Prozesse, wie sie aus anderen Untersu- chungen bekannt sind (vgl. KIESLER, 1965; SIX (1979)) weder innerhalb der EG noch in der KG replizieren.

Die signifikant höheren EXP-Werte des 6. Kontaktes der EG geben Anlaß zu einer weiteren und differenzierteren Unter- suchung der Frage, ob und inwiefern das erlebnisorientier- te Vorgehen der (EG-)Therapeuten zu dieser Veränderung beigetragen hat: ihr werden wir im folgenden Abschnitt der Ergebnisdarstellung nachgehen.

4.2.1.3. Die Therapeutenvariable 'Erlebnisaktivierende Interventionen' (EaI)

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen EG und KG stellt der Einsatz erlebnisaktivierender Interventionen dar: die Therapeuten der EG setzen auf der Grundlage eines gesprächspsychotherapeutischen Basisverhaltens EaI ein, während die Therapeuten der KG ihr Verhalten auf die Anwendung des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes beschränken, d.h. ausschließlich klientenzentriert reagieren.

Ziel dieses Untersuchungsabschnittes ist es, die Bedeutung des Einsatzes von EaI für die Klientenvariable EXP differenzierter herauszuarbeiten. Die folgende Analyse soll weitere Anhaltspunkte dafür liefern,

- unter welchen Voraussetzungen EaI überhaupt eingesetzt wurden, und
- ob und unter welchen Bedingungen diese EaI das EXP des Klienten intensivieren.

Beschreibung der Variablen 'EaI' in der EG

Die Therapeuten der EG waren in der Anwendung folgender EaI trainiert worden (siehe dazu auch die Seiten sowie das MANUAL für ein Therapeuten-Training in 'Erlebnisaktivierende Interventionen' im ANHANG A₅):

- I "Umformungen des sprachlichen Ausdrucks"
- II "Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit"
- III "Intensivierung von Empfindungen"
- IV "Wiederholung und Übersteigerung"
- V "Innerer Dialog"

Diese 5 Interventionen wurden quantitativ erfaßt und nach qualitativen Gesichtspunkten differenziert: nach der

- (1) Gesamtzahl der von einem Therapeuten initiierten Interventionen (EaI_{init});
- (2) Gesamtzahl der Interventionen, die vom Therapeuten initiiert, aber vom Klienten abgelehnt wurden (EaI_{abl});
- (3) Gesamtzahl der Interventionen, die vom Klienten durchgeführt aber nicht ausgewertet wurden (EaI_d);
- (4) Gesamtzahl der Interventionen, die vom Klienten durchgeführt und ausgewertet wurden (EaI_{d+a}).

Darstellung der Variablen 'EaI' unter quantitativem Aspekt

Die folgende Tabelle 10 gibt Auskunft darüber, mit welcher Häufigkeit EaI - nach den oben beschriebenen qualitativen Gesichtspunkten differenziert - im Verlauf der EG-Therapien eingesetzt wurden:

Tabelle 10: Absolute und prozentuale Häufigkeiten der nach ihrem "Durchführungsgrad" (initiiert, 'abgelehnt', 'durchgeführt' und 'durchgeführt und ausgewertet') differenzierten EaI in den Kontakten 3, 6 und 9

Kontakte	EaI absolut				EaI (%)		
	"Durchführungsgrad"				"Durchführungsgrad"		
	init.	abl.	d	d + a	abl.	d	d + a
3	77	16	30	31	21	39	40
6	121	26	52	43	22	43	35
9	79	8	39	32	10	49	41

Betrachtet man die Gesamtzahl der Interventionen zu den drei verschiedenen Meßzeitpunkten (3., 6. und 9. Kontakt), so fällt auf, daß hauptsächlich innerhalb des mittleren

Kontaktes erlebnisaktivierend interveniert wurde.¹

Dabei bleibt der Prozentsatz der Interventionen, die abgelehnt wurden, im 3. und 6. Kontakt gleich und fällt zum 9. Kontakt hin deutlich ab. - D.h. im 9. Kontakt lehnen die Klienten vergleichsweise weniger die Interventionen der Therapeuten ab.

Auf welche Faktoren eine solche Entwicklung im einzelnen zurückzuführen ist, kann hier nicht entschieden werden: zum einen (1) mag hier die Verbesserung der Beziehung zwischen Klient und Therapeut über die Kontakte hinweg eine Rolle spielen, zum zweiten (2) ist anzunehmen, daß die Klienten mit den erlebnisaktivierenden Interventionen ihrer Therapeuten vertrauter geworden sind, und zum dritten (3) vermuten wir, daß auch der Therapeut einen Lernprozeß durchgemacht hat: nämlich die EaI seinem Klienten so anzubieten, daß sie von letzterem eher als weiterführendes 'Angebot' wahrgenommen werden.

Differenzierung der Variable 'EaI' nach Art der Intervention (EaI I - V)

Die einzelnen EaI wurden von den Therapeuten der EG mit unterschiedlicher Häufigkeit verwendet, wie dies auch die Tabelle auf der folgenden Seite deutlich zeigt.

Über alle Kontakte hinweg tritt die Intervention IV ("Wiederholung und Übersteigerung") am häufigsten auf und weist zugleich eine vergleichsweise niedrige Ablehnungsquote (15,3 %) auf. Demgegenüber wurden die Interventionen III ("Intensivierung von Empfindungen") und V ("Innerer Dialog")² relativ selten eingesetzt; bei beiden ist die Ablehnungsquote relativ hoch (24.5 bzw. 25.6 %).

¹ Da sich diese Aussagen nur auf die vorliegende Stichprobe beziehen, wurde hier auf eine Signifikanzprüfung verzichtet.

² In diesem Zusammenhang ist jedoch besonders zu berücksichtigen, daß die Therapeuten der EG angewiesen worden waren, die Intervention V ("Innerer Dialog") erst vom 6. Kontakt an einzusetzen (vgl. dazu auch den Abschnitt IV. 4.2.2. 'Therapeutentraining').

Tabelle 11: Absolute Häufigkeiten, mit denen die EaI I - V - differenziert nach ihren "Durchführungsgraden" ('initiiert', 'abgelehnt', 'durchgeführt' sowie 'durchgeführt und ausgewertet') - insgesamt (Gesamtsumme) sowie in den Einzelkontakten 3, 6 und 9 von den Therapeuten der EG verwendet wurden

Kontakte	EaI (I)			EaI (II)			EaI (III)			EaI (IV)			EaI (V)		
	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"	"Durchf.-Grad"
	init.	abl.	+ p	init.	abl.	+ p	init.	abl.	+ p	init.	abl.	+ p	init.	abl.	+ p
3	15	4	2 9	24	4	13 7	18	4	11 3	18	4	4 10	2	0	2
6	19	0	10 9	23	5	15 3	25	6	11 8	33	7	14 12	21	8	2 11
9	22	3	12 7	14	1	5 8	6	2	3 1	21	0	11 10	16	2	8 6
Gesamt	56	7	24 25	61	10	33 18	49	12	25 12	72	11	29 32	39	10	10 19

Die vorangegangene detaillierte Betrachtung der Interventionshäufigkeiten über die verschiedenen EaI (I - V) hinweg ermöglicht es, differenzierte Zusammenhänge zur Variable EXP herzustellen.

Analyse der Beziehung zwischen der Therapeutenvariable 'EaI' und der Klientenvariable 'EXP' innerhalb der EG

Bei dem Versuch, die Wirkung erlebnisaktivierender Interventionen im Rahmen einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie aufzuschlüsseln, stehen wir einem komplexen Wirkungsgefüge gegenüber.

Wir sind der Auffassung, daß es wenig sinnvoll ist anzunehmen, daß eine bestimmte Intervention per se und regelmäßig zu einer konkreten und genau identifizierbaren Auswirkung auf den Klienten führt, sondern eher, daß sie mit einer Reihe von verhaltens-, einstellungs- und situationsspezifischen Merkmalen sowohl auf seiten des Therapeuten als auch des Klienten in Zusammenhang steht. Z.B. mit

- der Art und Weise, wie der Therapeut eine bestimmte EaI einführt,
- seiner Fähigkeit, eine klientenzentrierte Atmosphäre als Grundlage für die Realisierung von EaI zu schaffen,
- der augenblicklichen Befindlichkeit sowie dem Erlebenszustand des Klienten,
- dem Zeitpunkt sowohl innerhalb des Therapiekontaktes (Anfang, Mitte, Ende) als auch innerhalb des Behandlungszeitraumes (d.h. in den ersten, mittleren oder Endkontakten).

Aus den vielen möglichen Fragestellungen erscheint uns die Frage nach dem Umfang, in dem die EaI überhaupt erfolgt sind, von grundlegender Bedeutung zu sein:

Wenn davon auszugehen ist, daß EaI in erster Linie mit dem Ziel eingesetzt werden, den Experiencing-Prozess eines Klienten voranzutreiben, sein EXP zu vertiefen, dann ist es naheliegend, das Ausmaß, mit dem diese Interventionen erfolgt sind, dem Grad der 'Erlebnistiefe' (EXP) gegenüberzustellen:

Neben der günstigen Einwirkung auf das Selbsterleben ist alternativ vorstellbar (vgl. dazu BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978), daß ein massiver Einsatz von erlebnisaktivierenden Interventionen eher gegenteilige Effekte nach sich zieht, etwa i.S. einer Unterbrechung des EXP-Prozesses des Klienten. Aus diesem Grunde haben wir hier die entsprechende Fragestellung, die empirisch überprüft werden sollte, zweiseitig formuliert:

"Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Gesamtsumme der erlebnisaktivierenden Interventionen (EaI) und dem Experiencing (EXP) des Klienten?"

Zur Überprüfung dieser Fragestellung teilen wir die Stichprobe der EG-Therapien in zwei Untergruppen auf, d.h. nach der Anzahl der von den Therapeuten initiierten Interventionen (EaI_{init}). Dabei wurde die Summe zunächst über alle 5 Interventionsformen hinweg gebildet:

- Gruppe EaI^{+} : Therapien mit vielen EaI_{init}
- Gruppe EaI^{-} : Therapien mit wenigen EaI_{init}

Die Arbeitshypothese ("Die mittleren EXP-Werte der Klienten, deren Therapeuten viele EaI einsetzen (EaI^{+}) unterscheidet sich signifikant von denen der Gruppe EaI^{-} ") wurde für verschiedene Zeiträume überprüft:

- für den Gesamtverlauf der Therapie ('Gesamttherapie-Kennwert', siehe S. 215 f.)
- für die Einzelkontakte 3, 6 und 9.

Die entsprechenden EXP-Mittelwerte der Gesamttherapie bzw. der Einzelkontakte wurden mit der jeweiligen Gesamtsumme

der EaI I - V in Beziehung gesetzt und (mittels U-Test für unabhängige Stichproben) auf statistisch signifikante Unterschiede hin geprüft.

Tabelle 12: Mittelwertvergleich bezüglich der Ausprägung des Merkmals 'EXP' zu verschiedenen Zeitpunkten sowie über den Gesamttherapie-Zeitraum bei Therapien mit hoher (EaI^+) und niedriger Interventionshäufigkeit (EaI^-) innerhalb der EG (U-Test für unabhängige Stichproben; 2-seitige Fragestellung)

Kontakte	mittlere EXP-Werte		p =
	(EaI^+)	(EaI^-)	
3	3.68	4.19	--
6	4.20	4.15	--
9	4.36	4.04	--
Gesamttherapiezeitraum	4.41	3.83	0.05

Über alle Kontakte hinweg (Gesamttherapiezeitraum) läßt sich die Tendenz statistisch absichern ($p = 0.05$), daß das EXP solcher Klienten höher ist, deren Therapeuten relativ häufig erlebnisaktivierend intervenieren (EaI^+). Dieser Zusammenhang läßt sich jedoch für die Einzelkontakte 3, 6 und 9 nicht aufweisen. Dieser Widerspruch zwischen therapie- und einzelkontaktbezogenen Befunden bleibt auch bei Einführung qualitativer Merkmale zur Unterscheidung von EaI ("Durchführungsgrade") aufrechterhalten. Bevor dies in einer zusammenfassenden Diskussion auf Seite 237 erörtert wird, soll die auf Gesamttherapieebene ermittelte Beziehung zwischen den verschiedenen Graden der 'Realisierung von EaI' und der Ausprägung des EXP unter dem Aspekt der Linearität näher analysiert werden:

Aus der Gesamtzahl der initiierten EaI (EaI_{init}) wurden dazu sukzessive die Interventionen der ersten beiden Stufen herausgenommen und kumulativ von Stufe 3 bis Stufe 1 vorgegangen; somit liegen drei Korrelationskoeffizienten vor, indem die Therapiemittelwerte des EXP korreliert werden mit den

- Interventionen auf der Stufe 3 = EaI_{d+a} ;
- " auf den Stufen 2 und 3 = $EaI_d + EaI_{d+a}$
- " auf den Stufen 1, 2 und 3 = EaI_{init} .

Die folgende Tabelle 12 gibt dazu einen Überblick:

Tabelle 13: Zusammenhang (Rangkorrelation) zwischen den Häufigkeiten der Therapeuten-Variablen EaI (differenziert nach ihren 'Durchführungsgraden') und der Klienten-Variable EXP (Gesamttherapiewert) in der EG

Durchführungs- grad der Variable ' EaI '	Rangkorrelation $EaI - EXP$	$p =$
EaI_{d+a}	.56	0.05
$EaI_d + EaI_{d+a}$	.32	--
EaI_{init} .	.33	--

Lediglich die Rangkorrelation für die Kategorie EaI_{d+a} (Stufe 3) ist signifikant größer als 0 ($p = 0.05$): wir nehmen daher an, daß auf Gesamttherapieebene ein positiver Zusammenhang zwischen dem EXP und der Zahl durchgeführter und ausgewerteter EaI besteht.

Segmentbezogene Analyse der Beziehung zwischen der
Therapeutenvariable 'EaI' und der Klientenvariable 'EXP'

Eine direkte Fortsetzung der Analyse auf Gesamttherapie- sowie auf Einzelkontaktebene besteht u.E. darin, die einzelnen 9-minütigen Segmente der jeweiligen Kontakte zu betrachten, um kurzfristige Auswirkungen der EaI i.S. einer Veränderung des EXP (mglw.) nachweisen zu können.

Zugleich bietet sich eine Differenzierung nach den 5 Interventionsformen an: wir beschränken uns allerdings hier auf die Betrachtung der EaI III ("Intensivierung von Empfindungen") und EaI V ("Innerer Dialog"), die allein aufgrund ihrer zeitlichen Ausdehnung innerhalb der einzelnen Segmente ein größeres Gewicht besitzen.

Datenbasis bilden die EXP-Werte der Segmente, in denen die Interventionen beginnen (Segment B), sowie das jeweils vorhergehende (A) und nachfolgende Segment (C), soweit vorhanden:

EaI

	A	B	C	
--	---	---	---	--

Als Arbeitshypothese wurde formuliert: "Die EXP-Werte der Segmente A, B oder C sind hinsichtlich der Intervention III bzw. V signifikant voneinander verschieden." Mithilfe des FRIEDMAN-Testes (für mehrere abhängige Stichproben), wurde diese Hypothese geprüft; sie konnte bei keiner der beiden EaI (III und V) angenommen werden.

Eine Differenzierung nach der Durchführungsqualität ("Durchführungsgrade" s.o. S. 228) führte ebenfalls nicht zu signifikanten Unterschieden.

D.h. daß unmittelbar nach Einsatz von erlebnisaktivierenden Interventionen (hier: EaI III bzw. V) kein Anstieg des EXP erkennbar ist.

Trotzdem ist eine solche Wirkung nicht endgültig von der Hand zu weisen, denn mit dem vorliegenden methodischen Procedere wird ein relativ grober Maßstab angelegt, um die differenzierte Auswirkung spezifischer EaI näher zu erfassen.

In folgender Hinsicht ließe sich das Verfahren methodisch verbessern:

- das EXP wird nicht nach dem formalen Kriterium der 9-minütigen Zeitstichprobe bestimmt, sondern nach inhaltlichen Gesichtspunkten direkt vor und nach der erfolgten Intervention;
- damit wird zugleich verhindert, daß sich ein EXP-Wert gleichzeitig auf mehrere Interventionen bezieht (auf ein solches Ratingverfahren mußte im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet werden, um nicht den Vergleich mit der KG auszuschließen).

4.2.1.4. Zusammenfassung und Befundauswertung zu (1) den EaI sowie (2) zur Beziehung zwischen 'EaI' und 'EXP'

(1) o Die Zahl der (innerhalb der EG) initiierten, durchgeführten und vom Klienten ausgewerteten EaI gegenüber dem 3. und dem 9. Kontakt - im mittleren (6.) Gesprächskontakt am größten. D.h. es wurde hauptsächlich dort erlebnisaktivierend interveniert.

o Am häufigsten von allen 5 EaI wurde die Intervention IV ("Wiederholung und Übersteigerung") verwendet; sie weist zugleich die prozentual niedrigste Ablehnungsquote auf.

Am seltensten wurden die Interventionen III ("Intensivierung von Empfindungen") und V ("Innerer Dialog")¹ eingesetzt; bei beiden war die Ablehnungsquote vergleichsweise hoch.

¹ s. dazu unsere Einschränkung auf S. 229 unten.

(2) o Das EXP solcher Klienten der EG, deren Therapeuten relativ häufig erlebnisaktivierend intervenierten, ist signifikant höher als bei Klienten, deren Therapeuten relativ wenig EaI einsetzten: dieser Befund ließ sich allerdings nur für den Gesamttherapiezeitraum (Summe der Einzelkontakte), nicht hingegen für die Kontakte 3, 6 und 9 aufweisen.

o Über den Gesamtzeitraum der Therapie betrachtet weisen solche Klienten, die vergleichsweise viele EaI ihres Therapeuten ablehnen bzw. nicht darauf reagieren, signifikant niedrigere EXP-Niveaus auf. Umgekehrt läßt sich bei Klienten mit höheren EXP-Niveaus die Tendenz zu einer verstärkten emotionalen und kognitiven Aufarbeitung ("Auswertung") der vermittels der EaI induzierten internalen Erlebensprozesse erkennen.

o Über den Gesamttherapiezeitraum besteht zwischen der Höhe des EXP und der Zahl sog. 'qualifizierter EXP', also solcher Interventionen des Therapeuten, die vom Klienten sowohl durchgeführt als auch ausgewertet wurden, ein positiver korrelativer Zusammenhang.

o Nach keiner der 5 EaI ist ein statistisch bedeutender und unmittelbarer EXP-An- bzw. Abstieg festzustellen.

Hinsichtlich der (auf den ersten Blick) widersprüchlichen Befunde auf Einzelkontakt- bzw. auf Gesamttherapieebene sind wir der Auffassung, daß hierfür längerfristige Wirkungsprozesse eine entscheidende Rolle spielen: wir gehen davon aus, daß EaI mit ihrem stärkeren therapeutischen Impetus, verbewußte Bewußtseinsinhalte anzusprechen, mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine latente und zeitlich verzögerte Effektqualität haben (vgl. hierzu GENDLIN, 1978; ESSER, 1979).

Genauere Aussagen bzw. die Formulierung spezifischer Hypothesen lassen sich jedoch nur dann vornehmen, wenn die

einzelnen Phasen der Therapie durch mehr als einen Kontakt (d.h. also: statt drei wie in unserer Untersuchung durch 6 oder mehr Kontakte) repräsentiert sind.

'Experiencing' als Rahmenbedingung für den Einsatz und den
'Durchführungsgrad' von 'EaI'

Aus dem Experiencing-Konzept ergibt sich die Notwendigkeit, solche therapeutischen Verhaltensweisen zu eruieren, die für das EXP des Klienten förderlich sind. Der auf der theoretischen Ebene postulierte Kausalzusammenhang (nämlich einer positiven Auswirkung der EaI auf die Veränderung des EXP) schließt die sinnvolle Deutung einer umgekehrten Betrachtung der Beziehung zwischen beiden Variablen nicht aus: 'Inwieweit stellt ein hohes EXP eine günstige Voraussetzung für den Einsatz von EaI dar?'

In den vorangegangenen Untersuchungsabschnitten (s.S. 231 ff.) konnte allerdings statistisch nicht nachgewiesen werden, daß die Interventionshäufigkeit der Therapeuten mit der Höhe des EXP in einem bedeutsamen korrelativen Zusammenhang steht; dies galt sowohl für die Einzelkontakte als auch für die Analyse aufeinanderfolgender Kontakt-Segment: d.h. es fehlt ein empirischer Beleg dafür, daß ein hohes EXP einen vermehrten Einsatz von EaI nach sich zieht.

Wurde mit dieser Aussage eher die Situation des Therapeuten im Augenblick des EaI-Einsatzes angesprochen, so soll nun hier exkursorisch untersucht werden, ob die Variable EXP die Bereitschaft und Fähigkeit des Klienten, eine solche Intervention durchzuführen, d.h. auf sie zu reagieren und auszuwerten, indiziert. Anders ausgedrückt: es geht hier darum, nach empirischen Anhaltspunkten für die folgende Fragestellung zu suchen:

"Ist ein hohes EXP-Niveau ein Indikator für die Fähigkeit und Bereitschaft eines Klienten, die angebotene erlebnis-aktivierende Intervention aufzugreifen und zu verwerten?"

Aus der Beschreibung der EXP-Skala geht hervor (s. ANHANG B₁₅), daß niedrigere (1 - 3) Skalenstufen durch eine eher externale, höhere Skalenstufe durch eine internale Mitteilungsweise des Klienten definiert sind. Wenn sich ein Klient bereits vor Beginn einer erlebnisaktivierenden Intervention des Therapeuten auf einem höheren EXP-Niveau befindet, so fällt es ihm möglicherweise leichter, den Aktivierungsschritt zu vollziehen, der mit der Intervention intendiert ist.

Demgegenüber stellt ein niedriges EXP-Niveau u.E. eine erschwerende Bedingung für die 'Annahme' einer erlebnisvertiefenden Intervention dar: Je weiter der Klient von seinem inneren Erleben entfernt ist, desto größer ist auch die Diskrepanz zu der Ebene, die der Therapeut mit seiner Intervention ansprechen möchte und mit deren Hilfe er einen direkten Bezug zu dem inneren Erlebniszustand herstellen möchte.

Anders ausgedrückt: wir nehmen an, daß bei einem niedrigen EXP eines Klienten eine EaI, die auf eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem augenblicklichen Erleben abzielt, eher bedrohlich auf diesen wirken wird.

Ein formales Kriterium für die Aufnahmefähigkeit bzw. -bereitschaft eines Klienten für eine EaI stellt die Abstufung nach den Kategorien "durchgeführt und ausgewertet" "nur durchgeführt" und "abgelehnt" dar. Wir überprüfen, ob der Grad, der einer Intervention (nach dieser Klassifizierung) zugeordnet wird, im Zusammenhang steht mit dem EXP-Niveau des Segments, das der Intervention vorausgeht.

EaI

A B C

Ähnlich wie in Abschnitt 4.2.1.3.(s. S. 235) beschränken wir uns auf die zeitlich ausgedehnteren und inhaltlich komplexeren Interventionen III ("Intensivierung von Empfindungen") und V ("Innerer Dialog"). Wir nehmen dabei an, daß die oben beschriebenen Effekte am ehesten bei diesen Interventionen nachzuweisen sind: von allen initiierten EaI der Form III und V wurden jeweils 25 % von den Klienten abgelehnt (gegenüber max. 16 % bei den anderen EaI; vgl. dazu auch die Seite 229 und Tabelle 11 auf S. 230).

Überall dort, wo eine der beiden o.g. Interventionen - differenziert nach dem jeweiligen Durchführungsgrad - auftritt, ziehen wir den EXP-Wert des vorangehenden Segments heran, unabhängig, ob hier eine andere Intervention eingesetzt wurde.

Tabelle 14: Mittelwertsvergleich der Ausprägung des Merkmals 'EXP' in Abhängigkeit von den EaI III ("Intensivierung von Empfindungen") und EaI V ("Innerer Dialog") und deren 'Durchführungsgrade' (EaI_{abl.} bzw. EaI_{d+a}). H-Test für unabhängige Stichproben, 2-seitige Fragestellung

EaI	EXP-Werte		p =
	(EaI _{abl.})	(EaI _{d+a})	
III "Intensivierung von Empfindungen"	3.6	4.43	0.1
V "Innerer Dialog"	3.6	5.0	0.05

Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich nur bei Intervention V ($p = 0.05$; H-Test von KRUSKAL und WALLIS); sie wurden mithilfe des U-Testes (für unabhängige Stichproben) zwischen den Durchführungsgraden "abgelehnt" und "durchgeführt und ausgewertet" lokalisiert ($p = 0.05$; 2-seitige Fragestellung). Zwischen diesen beiden Kategorien läßt sich bei der Intervention III lediglich ein Unterschied auf dem 10 %-Niveau aufweisen.

Eine logische Ableitung aus der obigen Hypothese läßt sich wie folgt formulieren: Je höher das EXP-Niveau vor Beginn der Intervention V, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß das Interventionsangebot (hier: die Aufforderung zum "Inneren Dialog") vom Klienten aufgegriffen und auch verwertet wird. - Umgekehrt ist ein niedriges EXP-Ausgangsniveau als eine erschwerende Bedingung für die Einführung der Intervention V anzusehen (tendenziell gilt diese Ableitung auch für die EaI III "Intensivierung von Empfindungen").

Die hier vollzogene Schlußfolgerung, daß das EXP-Niveau eine günstige resp. ungünstige Bedingung für die EaI III und V darstellt, stützt sich

- auf den statistisch-korrelativen Zusammenhang (s.o.)
- auf die Tatsache, daß das Segment und der dazugehörige EXP-Wert den Interventionen zeitlich unmittelbar vorausgeht (entsprechende Hypothesen konnten bei der Analyse der nachfolgenden Segmente B und C nicht bestätigt werden).

Es dürfte klar sein, daß daraus, daß das EXP-Niveau der Intervention zeitlich vorgelagert ist, nicht notwendigerweise darauf geschlossen werden kann, daß es deren Durchführung direkt mitbestimmt, d.h. wir schließen auch hier nicht die Einwirkung vermittelnder (z.B. Beziehungs-)Variablen nicht aus. Zugleich wollen wir aber mit den vorliegenden Befunden einen hypothesengenerierenden Rahmen abstecken, der Anregungen für weitere empirische Untersuchungen gibt bzw. geben soll.

4.3. Befunde der Therapieverlaufsmessung

4.3.1. Die Ergebnisse der 'Stundenbegleitbögen Klient' (SBK)

Um die Auswertung der Verlaufs-Befunde zu erleichtern, gliedern wir die Darstellung der SBK-Ergebnisse in drei Abschnitte:

Wir beginnen die Auswertung mit den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Mittelwerten beider UG im Anfangs- und Endkontakt (1. und 10. Kontakt) sowie der Darstellung der Unterschiede in den Veränderungsbeträgen (Mittelwert-Differenzen) vom 1. zum n-ten Kontakt zwischen EG und KG.

Anschließend werden statistisch signifikante Veränderungen der Mittelwerte innerhalb der einzelnen UG zwischen den Meßzeitpunkten (Kontakten) 1. - 2., 2. - 3. usf. bis 1. - 10. dargestellt.

Weitere Informationen zu den statistisch gesicherten Ergebnissen ziehen wir aus der Analyse auf Item- sowie auf der Ebene der Meßzeitpunkte.

Neben den statistisch gesicherten Befunden werden zuletzt zentrale Aussagen aus der qualitativen Analyse der SBK-Items hinzugezogen.

Mit dem unterschiedlichen rechnerischen Vorgehen zielen wir auf unterschiedliche Aussagemöglichkeiten:

- die Feststellung statistisch signifikanter Veränderungen innerhalb der beiden UG zwischen den Meßzeitpunkten 1. - 2., 1. - n usf. gestattet gruppenbezogene Aussagen über Items und Kontakte, die besonders stark Veränderungen unterliegen;

- die Prüfung auf Mittelwertsunterschiede zwischen EG und KG im Anfangs- (1.) sowie im End-Kontakt (10.) erhellt, ob und inwieweit differierende Werte zu den jeweiligen (o.g.) Meßzeitpunkten vorliegen;
- der statistische Vergleich der Mittelwertdifferenzen vom 1. zum n-ten Kontakt zwischen EG und KG liefert schließlich genauere Informationen darüber, zu welchen Meßzeitpunkten (Kontakten) innerhalb des Behandlungszeitraumes die Veränderungen - gegenüber dem 1. Kontakt - in EG und KG sich bedeutsam voneinander unterscheiden.

D.h. es werden damit keine einfachen Mittelwert-Unterschiede zwischen EG und KG in den Kontakten 1 - 10 erfaßt, sondern nur solche Item-Mittelwertveränderungen, die deutlich (a) vom Mittelwert des 1. Kontaktes, und (b) vom Veränderungsbetrag der konkurrierenden UG verschieden sind.

Mittelwertunterschiede zwischen EG und KG

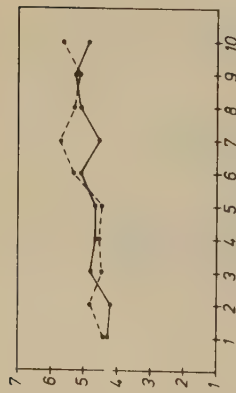
Ein Vergleich der 34 SBK-Mittelwerte des 1. sowie des 10. Kontaktes ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede: EG und KG unterscheiden sich weder im 1. noch im letzten Gesprächskontakt bedeutsam voneinander (siehe dazu die Tabelle 4 b, 1. und letzte Spalte, im ANHANG C₁₇; vgl. dazu auch die grafischen Darstellungen auf den Seiten 244 bis 248.

Hingegen liegen eine Reihe von statistisch signifikanten Unterschieden zwischen EG und KG zu den Meßzeitpunkten 2 - 9 vor (siehe dazu die Spalten 2 - 9 der Tabelle 4 b im ANHANG C₁₇).

Die Klienten der EG erleben¹ - im Vergleich zur KG -

¹ Wir haben die SBK-Items nach der Häufigkeit der signifikanten Unterschiede in den Mittelwertsdifferenzen zwischen EG und KG hier - als Maß ihrer 'Differenzierungsfähigkeit' - nacheinander aufgeführt.

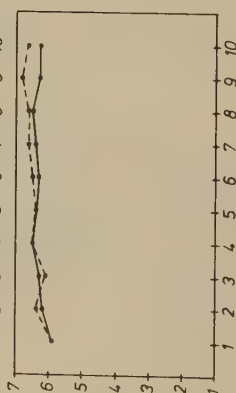
"Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir gewonnen."



SBK 5

"Einige Situationen im heutigen Kontakt waren für mich bedrohlich."

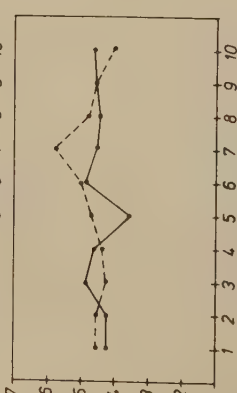
"Ich finde meinen Therapeuten verständnisvoll."



SBK 6

"Ich konnte das Geschehen in dieser Stunde weitgehend von mir aus bestimmen."

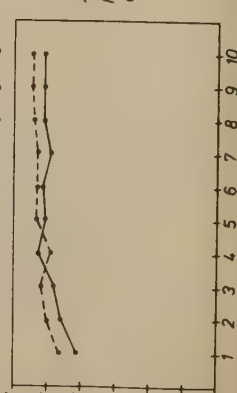
"Das Gespräch war entspannend für mich."



SBK 7

"Im Augenblick empfinde ich meine Probleme bedrückender als vor dem Gespräch."

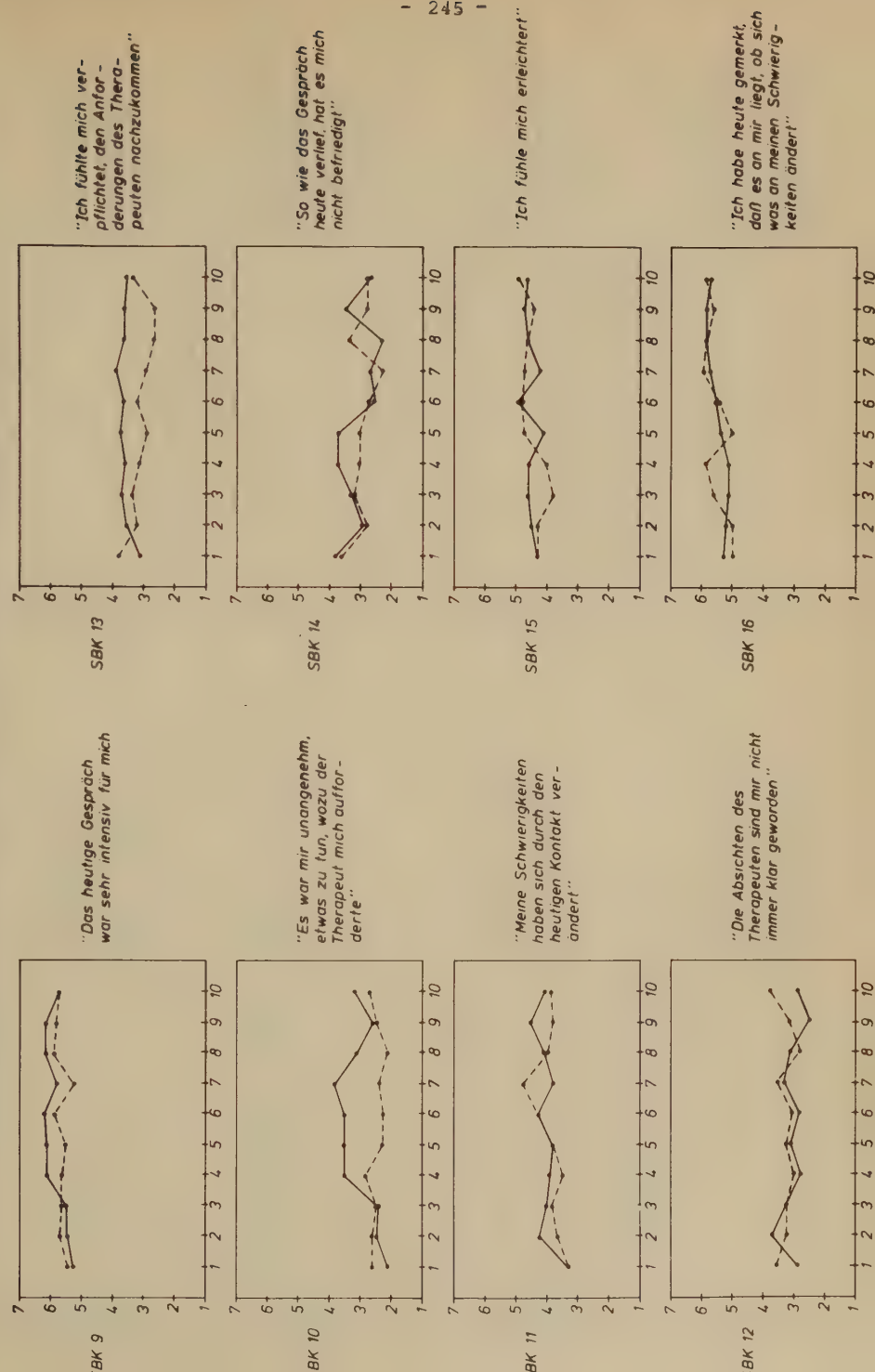
"Der Therapeut war im heutigen Gespräch engagiert."



SBK 8

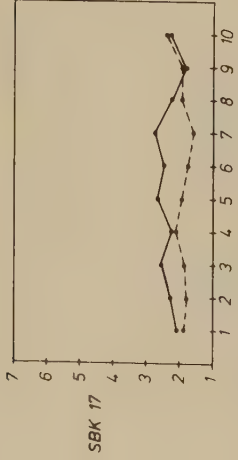
"Ich fand es hilfreich, wenn der Therapeut mich manchmal zu etwas aufforderte."

Abb. 9: Grafische Darstellung der Mittelwertsveränderungen von EG und KG auf den Items 9 - 16 des STUNDENBEGLEITBOGEN KLIENT (SBK) über 10 Kontakte (Messzeitpunkte)



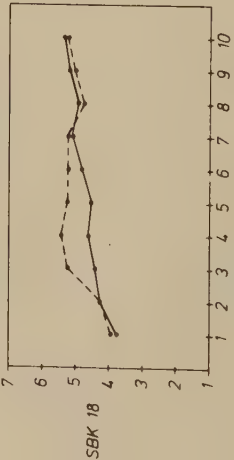
des Sitzungsprotokolls (SBK) über 10 Kontakte (Messzeitpunkte)

„Ich habe mich heute vom Therapeuten überfordert gefühlt“



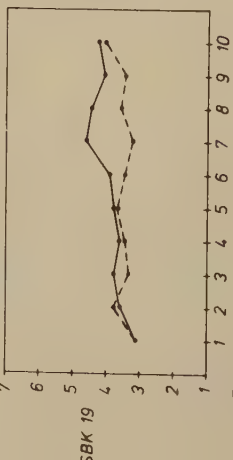
SBK 17

„Einige meiner Schwierigkeiten habe ich heute unter einem neuen Blickwinkel gesehen“



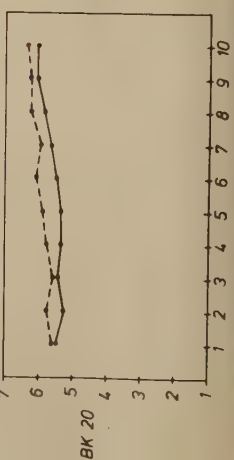
SBK 18

„Der Therapeut war sehr bestimmt in seinem Verhalten mir gegenüber“



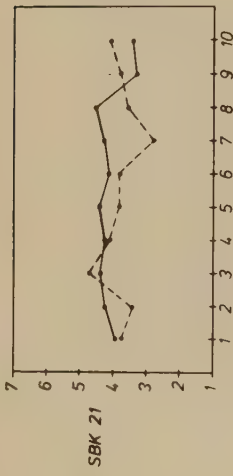
SBK 19

„Das Verhalten des Therapeuten entsprach meinen Erwartungen“



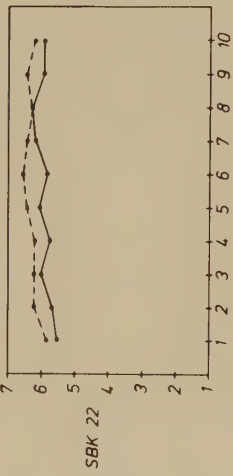
SBK 20

„Eines von dem, was ich heute in mir selbst gespürt habe, hat mir Angst gemacht“



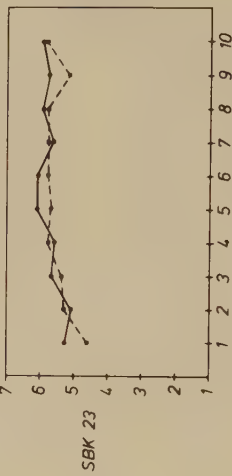
SBK 21

„Mir gefällt das Verhalten des Therapeuten“



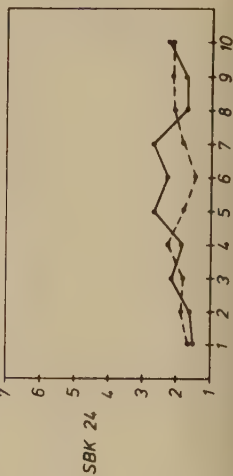
SBK 22

„Ich habe in diesem Gespräch starker empfunden, was ich im Augenblick denke, fühle oder tue“



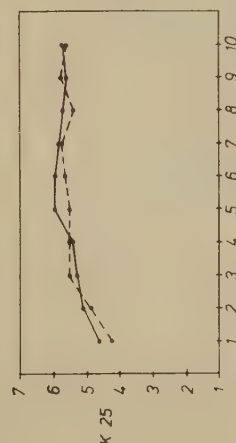
SBK 23

„Der Therapeut hat mich bedrängt“

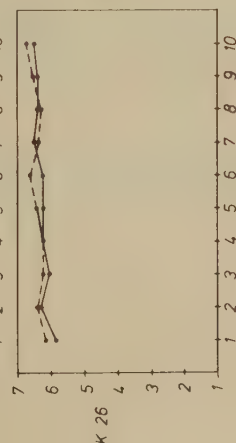


SBK 24

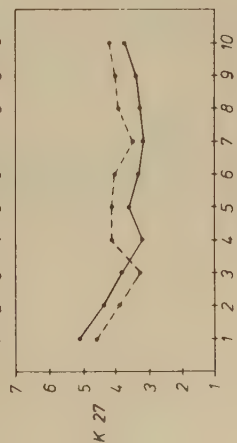
Abb. 11: Grafische Darstellung der Mittelwertveränderungen von EG und KG auf den Items 25 - 32 des STUNDENBEGLEITBOGEN (SBK) über 10 Kontakte (Meßzeitpunkte)



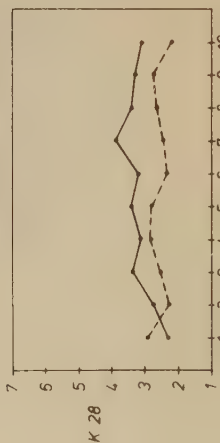
„In unserem heutigen Gespräch bin ich an einigen Stellen stärker in mich gegangen“



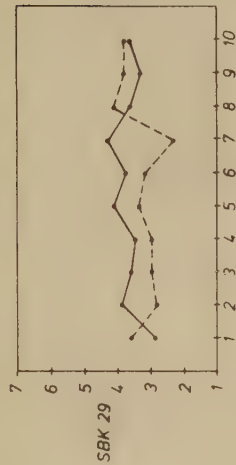
„Ich habe Vertrauen zu meinem Therapeuten“



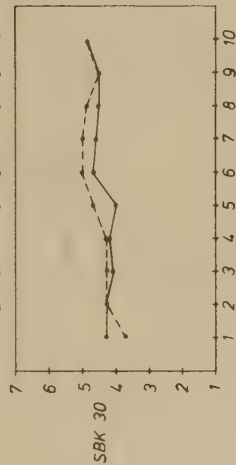
„Der Therapeut hat sich zurückgehalten“



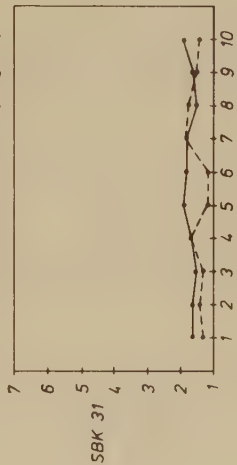
„Wenn mich der Therapeut zu bestimmten Handlungsweisen aufforderte, habe ich mich innerlich dagegen gewehrt“



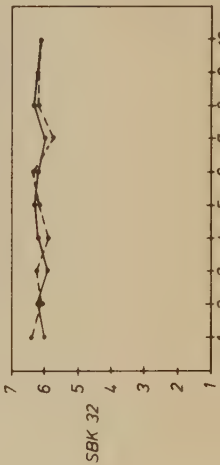
„Der Therapeut hat mich heute mit unangenehmen Empfindungen konfrontiert“



„Nach dieser Stunde bin ich optimistischer was die Lösung meiner Schwierigkeiten betrifft“



„Ich habe mich über den Therapeuten geärgert“



„Der Therapeut hat mir immer genügend Zeit und Ruhe gelassen, um das Gesprochene für mich zu verarbeiten“

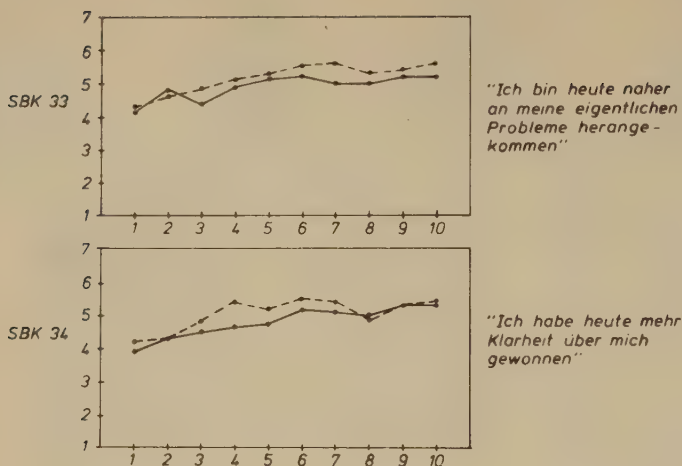


Abb. 12: Grafische Darstellung der Mittelwertsveränderungen von EG und KG auf den Items 33 und 34 des STUNDENBEGLEITBOGEN KLIENT (SBK) über 10 Kontakte (Meßzeitpunkte)

- die Therapeuten-Aufforderungen als verpflichtender (SBK 13; 5. - 9. Kontakt)
- die Therapeuten-Aufforderungen als unangenehmer (SBK-10; 6. - 8. Kontakt)
- einige Situationen innerhalb des Gespräches als bedrohlicher (SBK 5; 2., 5. und 7. Kontakt)
- ein größeres Ausmaß an Konfrontation mit unangenehmen Empfindungen (SBK 29; 2., 6. und 7. Kontakt)
- daß sie sich innerlich stärker wehren (SBK 28; 6. und 7. Kontakt)
- den Therapeuten als engagierter (SBK 4; 1. Kontakt)
- daß sie das Geschehen mehr bestimmen können (SBK 6; 2. Kontakt).

Die Klienten der KG dagegen

- gewinnen mehr Vertrauen zu sich selbst (SBK 1; 1. - 7. Kontakt)
- beurteilen die Lösung ihrer Schwierigkeiten optimistischer (SBK 30; 7. Kontakt)
- sind unbefriedigter mit dem Verlauf des Gespräches (SBK 14; 8. Kontakt)

als die Klienten der EG.

Bei Betrachtung der Häufigkeiten (siehe Tabelle 14), der in den o.g. SBK-Items auftretenden Unterschiede in den Mittelwertdifferenzen zwischen EG und KG (Ebene der Meßzeitpunkte) ergibt sich folgende Verteilung:

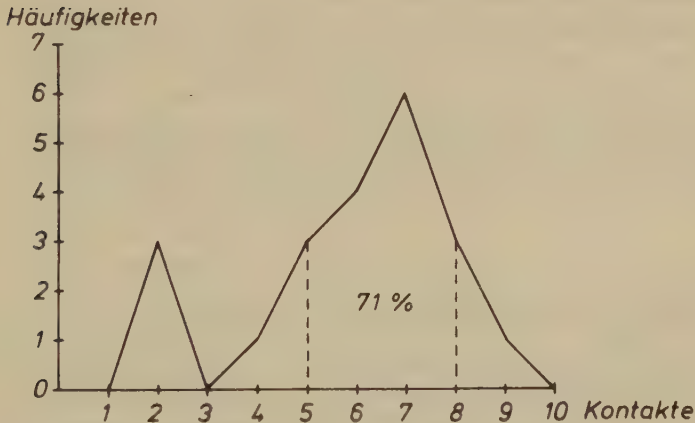


Abb. 13: Grafische Darstellung der Häufigkeiten der statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen EG und KG in den Kontakten 2 - 9

Tabelle 15: Häufigkeiten der statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede in den 34 SBK-Items zu den Meßzeitpunkten (Kontakten) 2 - 9 zwischen den beiden Untersuchungsgruppen EG und KG

Kontakte 2 - 9								
Häufigkeiten der statistisch signifikanten Unterschiede zwischen EK und KG	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
	3	0	1	3	4	6	3	1

Sie verdeutlicht grafisch, daß - abgesehen vom 2. Kontakt, in dem die Klienten der EG zwar das Geschehen stärker bestimmen (SBK 6) können, zugleich aber bereits einige Situationen bedrohlich (SBK 5) finden und mit unangenehmen Empfindungen vom Therapeuten konfrontiert werden (SBK 29) - sich EG und KG insbesondere in den Kontakten 5 - 8 voneinander unterscheiden.

D.h. 71 % aller registrierten signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen liegen in den Kontakten 5, 6, 7 und 8, mit einem Häufigkeitsmaximum im 7. Gespräch (29 %).

Mittelwertsveränderungen innerhalb von EG und KG

Beide Untersuchungsgruppen weisen zu den Meßzeitpunkten 2 - 9 auf 26 der insgesamt 34 SBK - Items eine große Zahl statistisch signifikanter bis hochsignifikanter Veränderungen gegenüber der SBK-Erhebung nach dem 1. Kontakt auf.¹

¹ Die Tabelle 4 a (siehe ANHANG C17) gibt einen Gesamtüberblick über die Veränderungen der Mittelwerte innerhalb der EG sowie der KG zwischen dem 1. und dem n-ten Kontakt.

Die Klienten beider UG

- gewinnen mehr Vertrauen (ab dem 6. Kontakt) zu sich (SBK 1)
- erleben ihren Therapeuten als verständnisvoller (SBK 2) und engagierter (SBK 4) als zu Beginn
- sehen ihre Schwierigkeiten zunehmend unter einem neuen Blickwinkel (SBK 18)
- gehen mit Fortschreiten der Behandlung im Gespräch stärker in sich (SBK 25), gewinnen zunehmend mehr Klarheit über sich selbst (SBK 34) und kommen näher an ihre Probleme heran (SBK 33).

Unterschiedliche Häufigkeit und Höhe der Mittelwertsveränderungen beider UG auf den folgenden 16 SBK-Items spiegeln dagegen stärker voneinander differierende Erlebensverläufe der Klienten in EG und KG wieder; d.h. daß in der vorangegangenen Analyse¹ ermittelte Bild spiegelt sich auch hier anhand der signifikanten Veränderungen innerhalb der UG wieder.

Die Mittelwerte der EG verändern sich statistisch bedeutsam² gegenüber dem Erstkontakt auf den folgenden Items:

Fortsetzung Fußnote 1 S. 250:

In den Mittelwertsverläufen der Items 7, 8, 12, 15, 16, 17, 21, 22, 31, 32 liegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede gegenüber dem Erstgespräch vor. Die Items 2, 4, 20, 22, 26, 31 und 32, bei denen es sich um Aussagen über den Therapeuten handelt, sind nur als bedingt aussagekräftig anzusehen, da wir vermuten, daß sie von den Klienten in Richtung 'sozialer Erwünschtheit' beantwortet wurden. - Wir bezeichnen solche Items als in Richtung 'sozialer Erwünschtheit' beantwortet, deren Mittelwerts-Verläufe folgende Merkmale aufweisen:

- extreme Werte
- geringe Schwankungsbreite
- geringe Differenzierung zwischen EG und KG (paralleler bzw. identischer Verlauf).

¹ Siehe den Vergleich der Mittelwertsunterschiede (1. und 10. Kontakt) sowie der Mittelwertdifferenzen zwischen EG und KG.

² Die Anzahl der statistisch signifikanten Veränderungen

Die Klienten der EG

- erleben die Aufforderungen des Therapeuten als unangenehm (SBK 10/6 Meßzeitpunkte: 4 - 8, 10);
- fühlten sich verpflichtet, ihnen nachzukommen (SBK 13/1 Meßzeitpunkt: 3) sowie durch den Therapeuten bedrängt (SBK 24/2 Meßzeitpunkte: 5 und 7), und wehren sich innerlich bei seinen Aufforderungen (SBK 28/3 Meßzeitpunkte: 7 - 9).

Sie

- werden mit unangenehmen Empfindungen konfrontiert (SBK 29/4 Meßzeitpunkte: 2, 4, 6 und 7) und empfanden Gesprächssituationen als für sie bedrohlich (SBK 5/1 Meßzeitpunkt: 7).

Die Klienten der EG

- erlebten ihren Therapeuten eher als aktiv (SBK 27/8 Meßzeitpunkte: 3 - 10), als bestimmt in seinem Verhalten ihnen gegenüber (SBK 19/4 Meßzeitpunkte: 7-10), konnten weniger häufig das Geschehen bestimmen (SBK 6/4 Meßzeitpunkte: 3, 5, 7 und 8) als die Klienten der KG (2 Meßzeitpunkte: 2 und 4) und vertrauten ihrem Therapeuten (SBK 26/7 Meßzeitpunkte EG: 4-10/1 Meßzeitpunkt KG: 6).

Sie

- beurteilten die Gespräche als 'sehr intensiv' (SBK 9/6 Meßzeitpunkte: 4-9), fanden deren Verlauf zunehmend befriedigender (SBK 14/5 Meßzeitpunkte: 2, 6, 7, 8, 10)
- fanden, daß ihre Schwierigkeiten sich durch die Gespräche verändert haben (SBK 11/4 Meßzeitpunkte EG: 2, 6, 8 und 9 gegenüber 1 Meßzeitpunkt KG: 7).

Die Mittelwerte der KG verändern sich statistisch bedeutsam gegenüber dem Anfangskontakt auf den folgenden Items:

Fortsetzung Fußnote 2 S. 251:

pro Items ist hier größer als in der EG (in Klammern werden die Meßzeitpunkte, ggf. für EG und KG, angegeben).

Die Klienten der KG

- sind optimistischer, was die Lösung ihrer Probleme betrifft (SBK 30/4 Meßzeitpunkte: 5-8)
- empfinden stärker, was sie im Augenblick denken, fühlen oder tun (SBK 23/5 Meßzeitpunkte KG: 4 - 7, 10 gegenüber 1 Meßzeitpunkt EG: 5)
- merken, daß es an ihnen liegt, ob sich etwas an ihren Schwierigkeiten verändert (SBK 16/3 Meßzeitpunkte: 3, 4 und 7)
- das Therapeutenverhalten entsprach zunehmend mehr ihren Erwartungen (SBK 20/2 Meßzeitpunkte: 8 und 10).

4.3.2. Zusammenfassung

Wir wollen auf den folgenden Seiten die wichtigsten Befunde und Informationen sowohl aus der quantitativen Analyse der Daten als auch aus der qualitativen Betrachtung der Mittelwertsverläufe zusammenfassen.

Wir beginnen mit einem allgemeinen Befund:

- o Die Mittelwertverläufe der SBK-Items spiegeln in beiden UG ein Erleben der Klienten wieder, wie es auch aus anderen Therapie-Verlaufsuntersuchungen bekannt ist:
Veränderungen in den mittleren Kontakten ("Arbeitsphase") sind ausgeprägter und lassen eher eine differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Treatments zu als zu Beginn bzw. gegen Ende der Behandlung. D.h. die statistisch bedeutsamen Mittelwertveränderungen zwischen dem 1. und dem 10. Kontakt jeweils innerhalb von EG und KG fallen weitaus geringer aus als zwischen den Gesprächen der "Arbeitsphase" (mittlere Kontakte 2 - 9) und den Mittelwerten nach dem Erstgespräch.

Die Grafik auf S. 249 (s. Abbildung 13) verdeutlicht diesen Sachverhalt eines - verschobenen - dreiphasigen Verlaufes mit seinem Veränderungsmaximum im 7. Kontakt.

- o Die Mittelwerte von EG und KG unterscheiden sich weder nach dem Erstkontakt noch nach dem letzten Gespräch statistisch signifikant voneinander.
Sie bestätigen empirisch, daß zu diesen Meßzeitpunkten vergleichbare Treatments vorlagen, d.h. in beiden UG wurde von den Therapeuten rein klientenzentriert gearbeitet.
Hingegen kommt es in den Gesprächen 2 - 9, besonders im 5., 6., 7. und 8. Kontakt zu wesentlichen Mittelwertsveränderungen sowohl innerhalb als auch zwischen EG und KG.
- o Die größere Zahl der statistisch signifikanten Veränderungen sowie deren Höhe innerhalb der EG (gegenüber dem 1. Gesprächskontakt) spiegelt ein intensiveres Erleben der Klienten sowie eine aktivere Rolle des Therapeuten wieder, als dies innerhalb der KG feststellbar ist. - Wiederum stehen auch hier die Kontakte 5 - 8 besonders im Vordergrund; dabei stellt der 7. Kontakt das Gespräch mit der größten Zahl sowohl untersuchungsgruppen (EG-)interner Veränderungen (und hohen Signifikanzniveaus) als auch den auffallendsten statistisch signifikanten Unterschieden gegenüber der KG dar.

Die zentralen Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen darin, daß - verglichen mit der KG - die Klienten der EG in den o.g. Gesprächen den therapeutischen Impetus, insbesondere in den Kontakten 5 - 8 das Verhalten des Therapeuten als bedrängender und bedrohlicher erleben.

In dem Maße, wie der Therapeut sie zunehmend mehr mit den eigenen Mitteilungen und Empfindungen konfrontiert, indem er häufiger EaI verwendet, wächst auch der innere Widerstand der Klienten.

Im mittleren, d.h. im 5. Kontakt geht dieser Sachverhalt mit einer signifikant geringeren optimistischen Einstellung hinsichtlich der Lösung der eigenen Schwierigkeiten einher, im 7. Kontakt mit einem niedrigeren Ausmaß an Vertrauen der Klienten der EG zu sich selbst.

Der bedrohliche Aspekt therapeutischer Intervention verringert sich deutlich im 8. und 9. Kontakt innerhalb der EG: zwar fühlen sich die Klienten der EG nach wie vor verpflichtet, auf die Erlebnisaktivierenden Interventionen des Therapeuten zu reagieren, ohne daß

- die Konfrontation mit unangenehmen Empfindungen als solche erlebt wird,
- die Klienten sich innerlich gegen diese Interventionen (EaI) des Therapeuten wehren,
- Gesprächssituationen als bedrohlich wahrgenommen werden.

Diese Befunden bestätigen empirisch unsere Überlegungen innerhalb des THEORIETEILES (siehe dazu Kap. II. 6. "Probleme einer 'Integration' von Klientenzentrierter GPTH und EaI"), in denen es uns darum ging, aufzuzeigen, daß ein erlebnisaktivierendes Therapeutenverhalten Klienten direkter und unmittelbarer mit ihren Ängsten und Befürchtungen in Kontakt bringt als ein ausschließlich klientenzentriertes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen, und demzufolge - als verständliche Reaktionen - auch eher Widerstand und Vermeidungsverhalten bei den Klienten hervorruft.

Insbesondere die genauere Betrachtung bzw. der Vergleich von 5 SBK-Itemverläufen beider UG ist aufschlußreich; es handelt sich dabei um die SBK-Items

- (16) "Ich habe heute gemerkt, daß es an mir liegt, ob sich etwas an meinen Schwierigkeiten ändert"
- (18) "Einige meiner Schwierigkeiten habe ich heute unter einem neuen Blickwinkel gesehen"
- (25) "In unserem heutigen Gespräch bin ich an einigen Stellen stärker in mich gegangen"
- (33) "Ich bin heute näher an meine eigentlichen Probleme herangekommen" und
- (34) "Ich habe heute mehr Klarheit über mich gewonnen." (s. dazu auch S.

Die Mittelwertsverläufe dieser 5 Items weisen alle auf einen tendenziellen Unterschied zwischen EG und KG hinsichtlich der Entwicklung der Mittelwertsveränderungen hin:

Während die Mittelwerte der KG bereits recht früh ein höheres Niveau als die der EG erreichen, folgen deren Mittelwerte einem langsamen sinusförmig ansteigenden Verlauf, d.h. stärkere positive Veränderungen zeichnen sich dort erst ab bzw. nach dem 5. Kontakt ab.

Anders ausgedrückt: Bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Beantwortung dieser 5 Items schlagen sich innerhalb der KG bereits in den ersten 3 - 4 Gesprächen nieder, in der EG dagegen (erst) in der 2. Hälfte des Behandlungszeitraumes; dort sind sie allerdings signifikant als hochsignifikant und in ihrem Verlauf konstant bis hin zum 10. Gesprächskontakt.

Eine solche unterschiedliche Entwicklung der Mittelwerte in beiden UG vermittelt den Eindruck, als ob angesichts des drängenderen, direktiveren und konfrontierenden Therapeutenverhaltens die Klienten der EG eine längere 'Anlaufzeit' (i.S. einer Eingewöhnung in das kombinierte therapeutische Vorgehen) als die (gesprächspsychotherapeutisch behandelten) Klienten der KG benötigten.

4.4. Befunde der Therapie-Erfolgsmessung

Unter dem Abschnitt 'Therapie-Erfolg' fällt die Darstellung der Befunde der von uns verwendeten Verfahren zur vorher/nachher-Veränderungsmessung.

In Übereinstimmung mit der von uns auf S. 167 eingeführten Untergliederung der Meßinstrumente zur Erfassung dieser Veränderungen in solche, die den 'Therapieerfolg'

(FPI und VEV) messen bzw. solche, die zur empirischen Klärung symptomspezifischer Indikationen beitragen sollen, beginnen wir mit der Ergebnisdarstellung FPI und VEV (4.4.1.).

Im Anschluß daran stellen wir die Ergebnisse von STAI, U-Fragebogen (Faktor 'g') und BDI dar (4.4.2.).

Wir wollen dabei unter (4.4.2.) so verfahren, daß wir noch einmal die Ausgangswerte beider Untersuchungsgruppen zueinander in Beziehung setzen, dann die Mittelwertsveränderungen (d.h. die Mittelwertsdifferenzen zwischen den Meßzeitpunkten I und II) innerhalb von EG und KG darstellen, und anschließend einen unmittelbaren statistischen Vergleich der Mittelwertsveränderungen von Meßzeitpunkt I und II zwischen EG und KG vornehmen.

Der Ergebnisdarstellung von FPI und VEV sowie von STAI, U-Fragebogen (Faktor 'g') und BDI folgt eine zusammenfassende Befundauswertung.

4.4.1. Darstellung der Ergebnisse von FPI und VEV

4.4.1.1. Das 'Freiburger Persönlichkeitsinventar' (FPI)¹

Signifikante Veränderungen gegenüber dem Meßzeitpunkt I. liegen für die Klienten der EG auf den folgenden Faktoren ('Skalen') des FPI vor:

FPI 1 (Nervosität) ($p = 0.05$):

Aus der Veränderung auf diesem Faktor ist abzulesen, daß das Ausmaß an vegetativen Beschwerden und psychosomatischer

¹ Die grafischen Abbildungen 14 bis 16 sowie die Tabelle 16 geben einen Überblick über die Mittelwerte der EG sowie der KG zu den Meßzeitpunkten I, II.

Allgemeinstörungen sich wesentlich verringert hat.

FPI 3 (Depressivität) ($p = 0.001$):

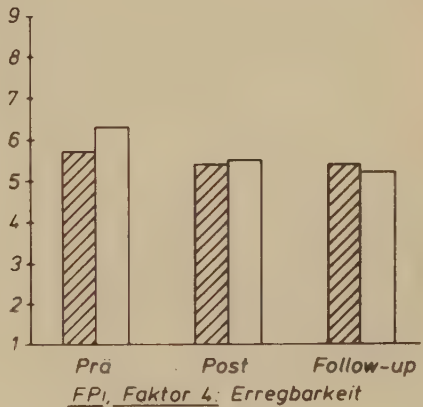
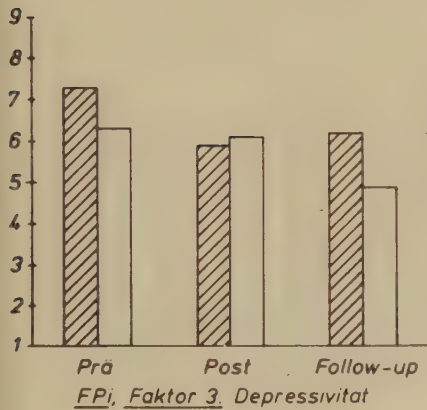
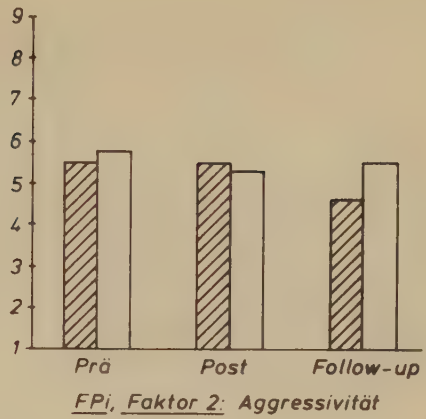
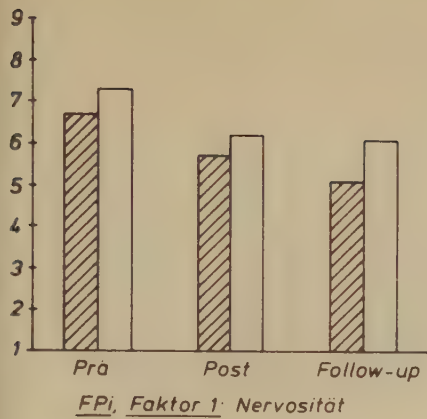
Hochsignifikant ist die Veränderung auf diesem Faktor, der Gefühle der Mißstimmung, des Niedergedrücktseins, der Minderwertigkeit sowie der Einsamkeit erfaßt.

FPI M (Maskulinität) ($p = 0.05$):

Die signifikante Veränderung der Mittelwerte der EG auf diesem Faktor, der im wesentlichen sich aus den Items der FPI-Skalen 1 (Nervosität) und 8 (Gehemmtheit) zusammensetzt, läßt sich als Bewegung der Klienten in Richtung größerer Selbstbewußtheit und Zuversicht sowie einer geringeren Ausprägung körperlicher Beschwerden auffassen.

Statistisch signifikante Mittelwertsveränderungen der Klienten der KG liegen lediglich auf der Skala: FPI 1 (Nervosität) ($p = 0.05$) vor.

Die Mittelwertsunterschiede zwischen EG und KG zum Nachtestzeitpunkt (II) sind statistisch nichtsignifikant.



EG



KG

Abb. 14: FPI, Faktoren 1-4; Mittelwerte von EG (N-19) und KG (N-12) im Vortest, Nachtest und Follow-up

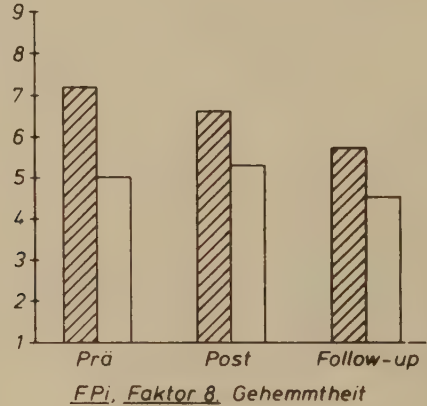
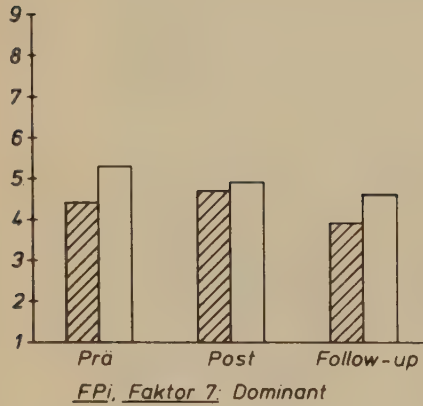
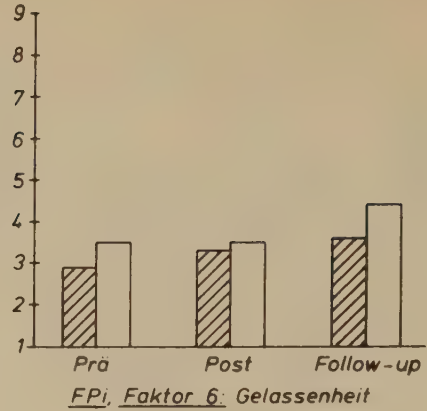
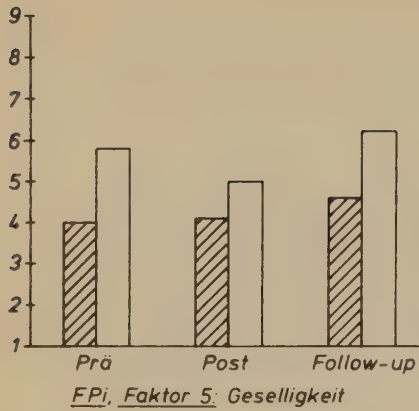
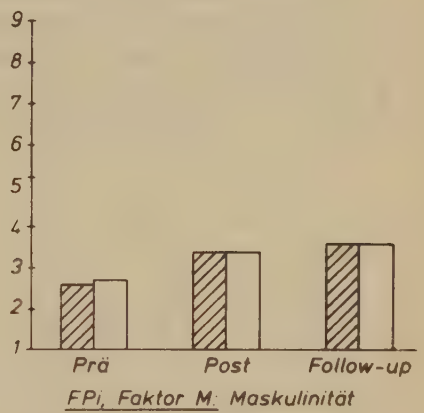
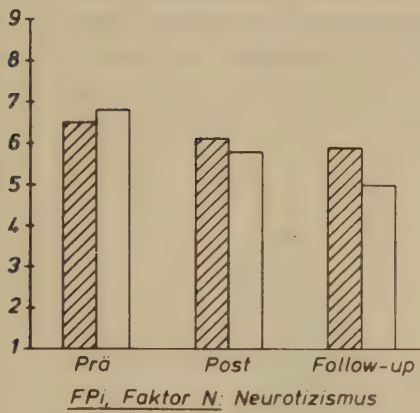
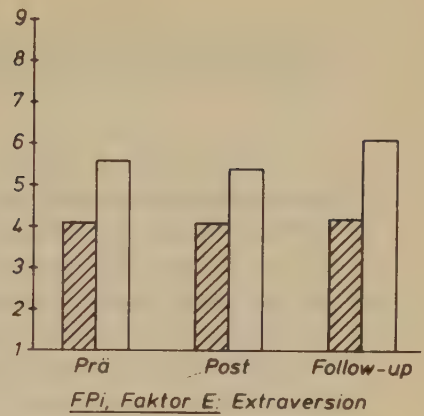
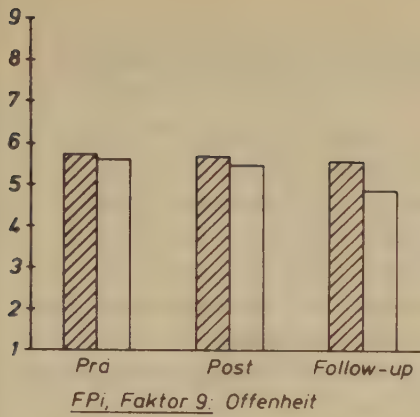


Abb. 15: FPI, Faktoren 5-8; Mittelwerte von EG (N=19) und KG (N=12) im Vortest, Nachtest und Follow-up



 EG
  KG

Abb. 16: FPI, Faktoren 9, E, N, M; Mittelwerte von EG (N=19) und KG (N=12) im Vortest, Nachtest und Follow-up

4.4.1.2. Der 'Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens' (VEV)

Als Meßinstrument zur Erfassung psychotherapiebedingter Veränderungen verwendeten wir den VEV, der erst nach Beendigung des 10. Gesprächskontaktes appliziert wurde.

Die erfaßten positiven Veränderungen in Richtung eines Mehr an 'Gelassenheit', 'Vertrauen' und 'Optimismus' in Erleben und Verhalten der Klienten sind in beiden Untersuchungsgruppen hochsignifikant ($p = 0.001$):

Innerhalb der EG beträgt der erreichte Mittelwert 208,5, innerhalb der KG 202,2. - Die Differenz zwischen den Veränderungsbeträgen von EG und KG ist statistisch nicht signifikant.

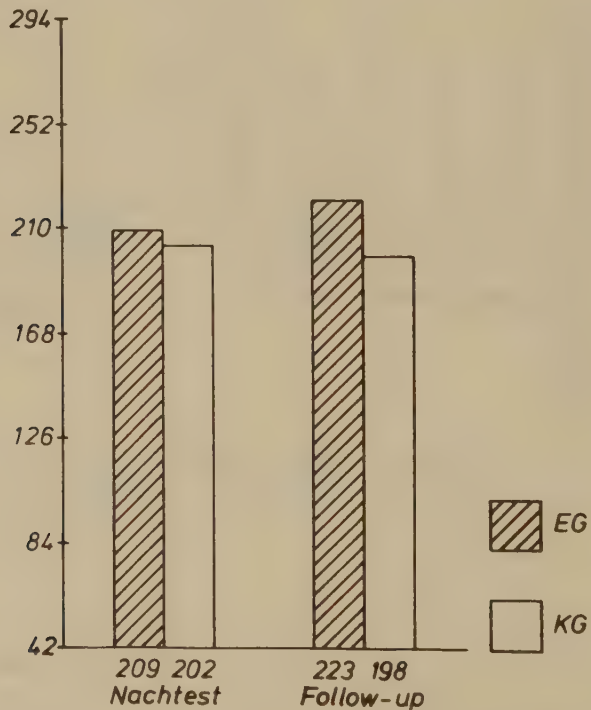


Abb. 17: Veränderungs-Fragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; auch: MEHNERT-Fragebogen); Mittelwerte von EG ($N = 19$) und KG ($N = 12$) im Nachtest; Rohwerte 42-294

4.4.2. Darstellung der Ergebnisse von BDI, STAI und U-Fragebogen

4.4.2.1. Depressivität (BDI)

Beide Klientengruppen unterscheiden sich zu Beginn der Behandlung hinsichtlich der Depressionstiefe nicht voneinander, d.h. sie sind bei einem Mittelwert von 19,5 (EG) bzw. 18,7 (KG) als (im Sinne des BDI) 'depressiv' einzustufen (Kriteriumswert für die Unterscheidung zwischen Nicht-Depressiven und Depressiven 13).

Die nach Ende der Behandlung gemessene Veränderung ist innerhalb jeder der beiden Gruppen statistisch signifikant (EG: $p = 0.05$; KG: $p = 0.01$):

Die Klienten der EG erreichen (13,2), die der KG unterschreiten deutlich (11,5) den Kriteriumswert.

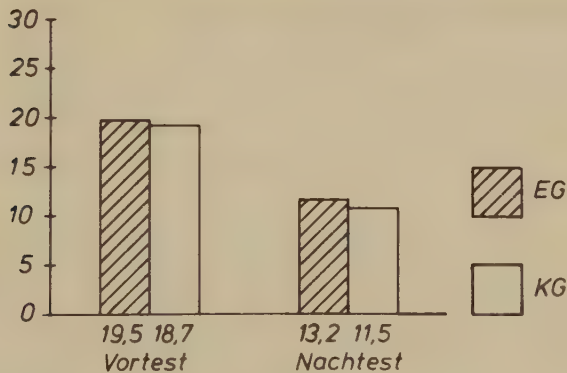


Abb. 18: Beck-Depressions-Inventar (BDI), Mittelwerte der EG ($N = 19$) und der KG ($N = 12$) im Vortest (vor dem 1. Kontakt) und Nachtest (nach dem 10. Kontakt); Rohwerte von 1 - 63 (Cut-off 13 = "depressiv")

Der Mittelwertunterschied zwischen den BDI-Werten von EG und KG zum Meßzeitpunkt II ist statistisch nichtsignifikant.

Numerisch lassen sich die Ergebnisse aus der Anwendung des BDI wie folgt ausdrücken: beide Klientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Zahl der als 'klinisch depressiv' (13.o) eingestuften Klienten zum Meßzeitpunkt I (Vortest) unwesentlich voneinander: In der EG sind es 13 (68,4 %), in der KG 9 (75 %).

Nach Beendigung der Behandlung weisen 8 (dieser) Klienten innerhalb der EG (= 42,1 %), sowie 5 (dieser) Klienten innerhalb der KG (= 41,7 %) einen Punktwert 13.o auf. D.h. 5 der als depressiv klassifizierten EG-Klienten bzw. 4 der gleichlautend eingestuften KG-Klienten weisen nach Abschluß der Behandlung einen BDI-Score von 13.o auf.

4.4.2.2. Allgemeine Ängstlichkeit (STAI)

Ausgehend von einem mittleren Angstniveau (60 - 80) weisen die Ausgangswerte sowohl von EG (91) als auch von KG (81) auf ein leicht erhöhtes Ausmaß an allgemeiner Ängstlichkeit hin.

Während die positive Veränderung der EG-Klienten zwischen den Meßzeitpunkten I und II in Richtung verringerter allgemeiner Ängstlichkeit hochsignifikant ($p = 0.001$) ist, ist die Abnahme der Angstwerte innerhalb der KG statistisch nicht bedeutsam. D.h. verglichen mit der KG führt die Behandlung der EG-Klienten zu einem deutlichen Rückgang an allgemeiner und habitueller Angstdisposition.

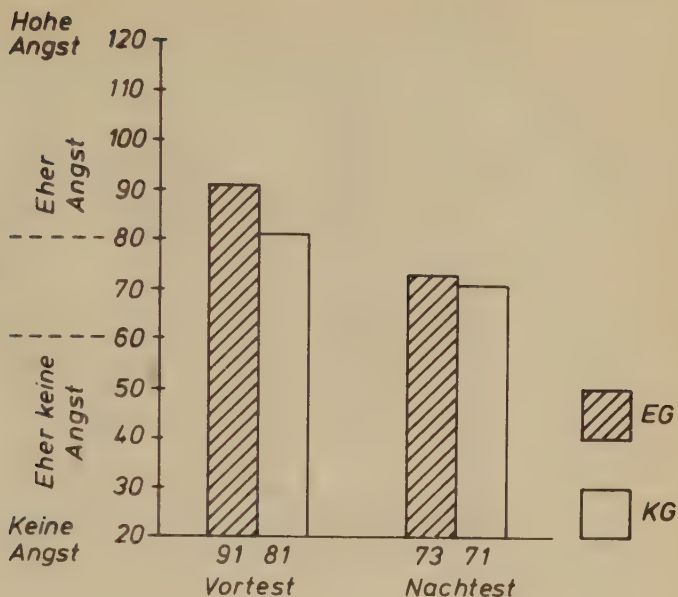


Abb. 19: *State Trait Anxiety Inventory (STAI), allgemein; Mittelwerte der Untersuchungsgruppen EG (N = 19) und KG (N = 12) im Vortest (vor dem 1. Kontakt) und Nachtest (nach dem 10. Kontakt); Rohwerte 20 - 120*

4.4.2.3. Generelle Unsicherheit (U-Fragebogen, Faktor 'g')

EG und KG unterscheiden sich im Vortest (I) hochsignifikant ($p = 0.001$) hinsichtlich der Beantwortung des U-Fragebogens (Faktor 'g') voneinander.

Im Laufe der Behandlung verändern sich die Klienten der EG in Richtung einer Verringerung der Merkmalsausprägung 'allgemeine Unsicherheit'.

Diese positiven Veränderungen von Meßzeitpunkt I zu Zeitpunkt II innerhalb der EG sind statistisch hochsignifikant ($p = 0.001$).

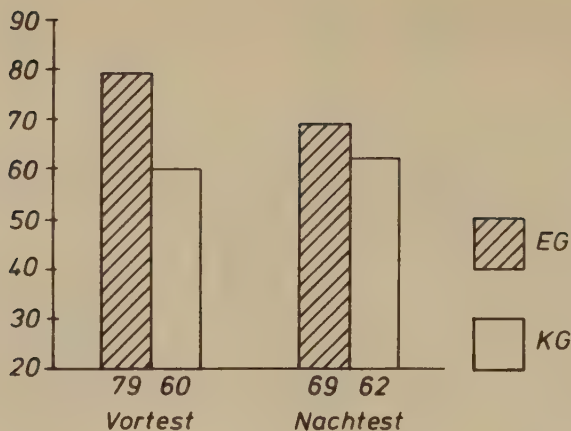


Abb. 20: Faktor 'g' (Generelle soziale Unsicherheit) des Unsicherheits-Fragebogens; Mittelwerte der EG ($N = 19$) und der KG ($N = 12$) im Vortest (vor dem 1. Kontakt) und Nachtest (nach dem 10. Kontakt); Rohwerte 20 - 120

4.4.3. Zusammenfassung

Wir haben in der Tabelle 16 die Veränderungen beider Untersuchungsgruppen zwischen den Meßzeitpunkten I und II sowie die Unterschiede zum Zeitpunkt II zusammengestellt, und zwar über alle zur Vorher-/nachher-Messung verwendeten Verfahren.

Tabelle 16: Erfolgsmaße: U-Fragebogen allg.; STAI und BDI; VEV (Mehner-Fragebogen), FPI 1-9, N, E, M. Vortest- und Nachtestunterschiede zwischen den UG und Veränderungen innerhalb der Gruppen vom Vortest- zum Nachtestzeitpunkt (Mittelwerte und Streuungen s. Tabelle 3 im ANHANG C18)

V a r i a b l e	Signifikante Vortest-Unterschiede zwischen EG und KG		Signifikante Verbesserungen (+) und Verschlechterungen (-) zwischen Vortest und Nachtest		Signifikante Nachtst-Unterschiede zwischen EG und KG	
	p =		p =		p =	
	EG	KG	EG	KG	EG	KG
Unsicherheits-FB allg	0.001		0.001 (+)	--	0.001	0.001 EG besser KG
STAI	--		0.001 (+)	--		--
BDI	--		0.05 (+)	0.01 (+)		--
VEV (Mehner-FB)	keine Messung		0.001 (+)	0.01 (+)		--
FPI 1 Nervosität	--		0.05 (+)	0.05 (+)		--
2 Aggressivität	--		--	--		--
3 Depressivität	--		0.001 (+)	--		--
4 Erregbarkeit	--		--	--		--
5 Geselligkeit	--	KG höher EG	--	--		--
6 Gelassenheit	--	--	--	--		--
7 Dominanz	--	--	--	--		--
8 Gehemtheit	--	KG niedriger EG	--	--		--
9 Offenheit	--	--	--	--		--
E Extraversion	--	KG höher EG	--	--		--
N Neurotizismus	--	--	--	--		--
M Maskulinität	--	--	0.05 (+)	--		--

Die Klienten von EG und KG verändern sich statistisch signifikant in Richtung geringerer Nervosität (FPI 1) und einem größeren Ausmaß an Gelassenheit, Vertrauen und Optimismus (VEV).

Darüber hinaus verändern sich die Merkmalsausprägungen der EG-Klienten auf den FPI-Skalen 3 (Depressivität) und M (Maskulinität) hochsignifikant bzw. signifikant in eine positive Richtung: sie zeigen ein verringertes Maß an Depressivität sowie ein vergrößertes Selbstbewußtsein zum Ende der therapeutischen Behandlung.

Die Mittelwertsunterschiede zum Meßzeitpunkt II zwischen EG und KG auf den FPI-Skalen 1 - 9, E, N und M sowie auf dem VEV sind statistisch nichtsignifikant.

Eine eindeutige 'Erfolgs'-Diskrimination zwischen EG und KG ist hier also nicht möglich. Wir halten jedoch fest, daß die signifikanten Mittelwert-Veränderungen innerhalb der EG auf den Skalen des FPI zahlreicher ausfallen als in der KG.

Ähnlich verhält es sich bei den Meßinstrumenten, die zur empirischen Überprüfung von à-priori-Indikationsstellungen von uns appliziert worden sind (STAI, U-Fragebogen_g sowie BDI):

Innerhalb beider Untersuchungsgruppen finden hinsichtlich der mithilfe des BDI erfaßten Merkmals der Depressivität statistisch bedeutsame Veränderungen statt, die in der EG signifikant und in der KG hochsignifikant ausfallen.

Innerhalb der EG verringert sich darüber hinaus das Ausmaß an allgemeiner Angstbereitschaft (STAI) sowie an genereller Unsicherheit (U-FB, Faktor 'g') gegenüber den Ausgangswerten hochsignifikant.

Die Mittelwertunterschiede zum Meßzeitpunkt II zwischen EG und KG sind nur auf dem U-Fragebogen statistisch bedeutsam, dort allerdings hochsignifikant.

Wie wir bereits auf S. 213 andeuteten, ist hier zu berücksichtigen, daß der Ausgangswert der EG erheblich über dem der KG lag, so daß ein Unterschied hier eher auf einen statistischen Regressionseffekt zurückzuführen ist.

4.5. Weitere Ergebnisse (Zusammenfassung)

Ausgehend von der Auffassung, daß alle therapeutischen Bemühungen darauf abzielen, das subjektive Erleben (EXP) im Hinblick auf das vom Klienten 'definierte' Problem in einer positiven Richtung zu verändern, setzten BELLENDORF, GROß und NEUDENBERGER (1981) in ihrer Arbeit¹ die Befunde der Situationsmessung (EXP/EaI) in Beziehung zu den Ergebnissen (a) der 'Therapieverlaufsmessung' (SBK und SBT) sowie (b) der Therapieerfolgsmessung (VEV von ZIELKE/KOPF-MEHNERT), um auf diese Weise sowohl das Therapeuten- als auch das Klienten-Erleben enger in eine grundlegende und exploratorische Analyse des Bedingungsgefüges 'EXP' - 'EaI' einzubeziehen. D.h. der Ebene der Fremdeinschätzung (Ratingverfahren: EaI/EXP) wird die der Selbsteinschätzung (Fragebogen: SBK/SBT/VEV) gegenübergestellt.

Angesichts der dort vorliegenden umfangreichen Darstellung beschränken wir uns hier auf eine stark verkürzte Zusammenstellung zentraler Zusammenhangsbefunde²:

¹ als integrativer Teil der vorliegenden Gesamtuntersuchung.

² Nähere methodische und ergebnisspezifische Einzelheiten sind der Arbeit von BELLENDORF et al. (1981) zu entnehmen.

- o Mit steigendem EXP (im 6. Kontakt) der Klienten geht einher, daß die Therapeuten ihre Arbeit signifikant intensiver (SBT-Item 15) erleben; zugleich empfinden die Therapeuten weniger Hemmungen, EaI (in diesem Kontakt) einzusetzen (SBT-Item_{korrr} 6).

Diese Befunde weisen auf die Bedeutung der Klienten-Variable EXP als erleichternder antezedenter Bedingung für den Einsatz von EaI hin (siehe dazu auch die Ausführungen auf Seite 239 ff.).

- o Für die Klienten der EG besteht - verglichen mit denen der KG - vom 3. zum 6. Kontakt ein signifikanter Anstieg im Ausprägungsgrad des Merkmalsbereiches "Erlebnisnähe" (dieser Merkmalsbereich setzt sich zusammen aus den SBK-Items 23, 25 und 33).

Diese hochsignifikante Steigerung erscheint umso bedeutsamer, als im mittleren Kontakt in verstärktem Maße erlebnisaktivierend (innerhalb der EG) interveniert wurde. Ein solcher signifikanter korrelativer Zusammenhang zur Therapeutenvariable 'EaI' ließ sich jedoch nicht aufweisen.

- Klienten, die durch eine niedrige Ausprägung des Merkmalsbereiches "Erlebnisnähe" charakterisiert sind: zeigen bei Einsatz von EaI eher Unruhe wirken in solchen Augenblicken eher überfordert, und reagieren eher ablehnend oder ärgerlich.

Dagegen treffen für Klienten mit einem höheren Grad an "Erlebnisnähe" eher gegenteilige Effekte zu.¹

- o Klienten der EG erleben ihre Therapeuten deutlich "bedrängender" (SBK-Items 10, 17 und 24) als die Klienten der KG; dies gilt insbesondere für den 6. (mittleren) Kontakt.

¹ Diese Ergebnisse heben auf einen ähnlichen Sachverhalt ab, wie wir ihn im Zusammenhang mit dem EXP festgestellt haben: bei Klienten, die nur ein niedriges EXP-Niveau erreichen, ist die Applizierung erlebnisaktivierender Interventionen erschwert, im umgekehrten Fall dagegen erleichtert.

- Es besteht jedoch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Therapeutenvariable 'EaI' und der Klientenvariable "Bedrängnis durch den Therapeuten".

Die zusätzlich erhobenen Rangkorrelationskoeffizienten weisen eher daraufhin, daß die beiden Variablen voneinander unabhängig sind.

D.h. die Variable 'EaI' allein führt offenbar nicht dazu, daß der Therapeut vom Klienten als "bedrängend" wahrgenommen wird. Eine mögliche Erklärung ist darin zu sehen, daß weniger die Zahl der von den Therapeuten initiierten EaI für das Erleben von "Bedrängnis" auf seiten des Klienten ausschlaggebend ist, sondern vielmehr ihre Einbettung in den jeweiligen gesprächspsychotherapeutischen Kontext: so ist z.B. denkbar, daß die damit verbundene Vernachlässigung einer klientenzentrierten Grundhaltung sowie des gesprächspsychotherapeutischen Verhaltens (i.S. eines Aufgreifens der augenblicklichen inneren Befindlichkeit) beim Klienten zu starken 'Kontrasteffekten' führt.

Wie in den Abschnitten V. 4.2. 'Befunde der Situationsmessung' und V. 4.3. 'Befunde der Therapie-Verlaufs-messung' beschrieben wurde, sind die Variablen

- (1) "Experiencing" und
- (2) "Bedrängnis"

innerhalb der EG jeweils auf Gesamttherapieebene sowie im 6. Kontakt signifikant stärker ausgeprägt als zu Beginn (3. Kontakt). Damit deutet sich an, daß ein höheres EXP durchaus mit dem "Erleben von Bedrängnis" vereinbar sein kann (ein Sachverhalt, der im Zusammenhang mit unserer Untersuchungsfrage nach der "Kompatibilität" eine große Bedeutung hat).

- o Andererseits bewerten die Klienten der EG ihre Beziehung zum Therapeuten - operationalisiert über die SBK-Items 2, 22, 26 und 31 - als signifikant weniger positiv als die Klienten der KG; auch dieser Befund gilt besonders für den 6. Gesprächskontakt.

Wir gehen davon aus, daß es einem Therapeuten im Verlauf der therapeutischen Zusammenarbeit mit dem Klienten zunehmend besser gelingt, die Beziehung zu ihm vertrauensvoll, d.h. auch arbeits- und belastungsfähig, zu gestalten und vom Klienten als ein vertrauenswürdiger und verständnisvoller Gesprächspartner wahrgenommen zu werden.

Innerhalb der EG (im Rahmen der vorliegenden Untersuchung) scheint es sich dagegen eher so zu verhalten, daß aufgrund der (zum 7. Kontakt hin) steigenden Verwendung von EaI diese behandlungsbegleitende Verbesserung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient verlangsamt bzw. aufgehalten worden ist.

- o Zugleich schätzte - innerhalb der EG - diejenige Gruppe von Klienten, in der vergleichsweise wenig (EaI^-) erlebnisaktivierend interveniert wurde, ihre Beziehung zum Therapeuten (Operationalisierung s.o.) signifikant positiver ein als in der Gruppe, in welcher die Therapeuten relativ häufig (EaI^+) intervenierten.

Da sich dieser Befund für den 3. und 9. Kontakt statistisch nicht sichern ließ, kommt auch hier wieder dem 6. Kontakt sowohl bei einem Vergleich zwischen EG und KG als auch bei der Differenzierung bezüglich der relativen Häufigkeit der Verwendung von EaI eine besondere diskriminative Bedeutung zu.

- o In dieser Untersuchung dienten die zum Merkmalsbereich "Erfolgserleben" zusammengefaßten Items 1, 7, 30 und 34 des SBK, sowie der nach Beendigung der Therapie applizierte "VEV" (MEHNERT-Fragebogen) als ein Erfolgskriterium, das

- (1) zur Untersuchungsgruppen-Zugehörigkeit, und
 - (2) zur Klientenvariable EXP
- in Beziehung gesetzt wurde.

Zu (1): Klienten der EG unterscheiden sich bezüglich beider Erfolgskriterien nicht von den Klienten der KG.

Zu (2): Die Variable EXP differenziert (über EG und KG hinweg) nicht zwischen Klienten, die (auf dem VEV) erfolgreicher, und solchen, die weniger erfolgreich waren.

Ein signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen dem EXP und dem Therapieerfolg (VEV) konnte weder für die Einzelkontakte 3, 6 und 9 noch für den Gesamtzeitraum der Therapie nachgewiesen werden.

Die Bedeutung des EXP für den "Therapieerfolg", die in einer Reihe von anderen empirischen Untersuchungen ermittelt worden ist (vgl. DAHLHOFF und BOMMERT, 1978; KIESLER et al., 1967) bestätigte sich im Rahmen unserer empirischen Untersuchung nicht.

VI. DISKUSSION DER BEFUNDE

1. ÜBERBLICK

In diesem Kapitel wollen wir zunächst (1) die zentralen Befunde beider Untersuchungsgruppen (EG und KG) aus Situations-, Verlaufs- und Erfolgsmessung einander gegenüberstellen und diskutieren, um auf diese Weise zu einer verdichteten Gesamtaussage ("In welchem Verhältnis stehen die Ergebnisse auf den drei Ebenen der erfolgten Messung zueinander?") zu gelangen.

Daran anschließend geht es (2) um die Beantwortung der aus unseren theoretischen Überlegungen abgeleiteten Fragestellungen unserer Arbeit.

Nach Überprüfung und Diskussion der empirischen Befunde unter dem Gesichtspunkt ihrer (3) Internen und Externen Validität (Kritik) befassen wir uns (4) mit den praktischen Konsequenzen unseres Therapieprojektes (Therapeuten-Training, Rating usw.) sowie aus den Ergebnissen der Untersuchung (Auswirkungen auf den Klienten; spezifische Anforderungen an Therapeuten usw.), speziell für den Rahmen eines erlebnisorientierten therapeutischen Handelns in Form einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie.

Unter (5) stellen wir eine Reihe von Überlegungen zum weiteren Procedere hinsichtlich Theoriebildung und Forschung vor, speziell zur Erweiterung des 'Experiencing'-Ansatzes in bezug auf eine stärker 'Katharsis-Konzept'-orientierte Erfolgs- und Wirkungsforschung.

Zum Schluß (6) fassen wir die zentralen Ausgangsüberlegungen, methodischen Ansätze und empirischen Befunde sowie deren Diskussion noch einmal in einem Überblick zusammen.

2. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG, AUSWERTUNG UND DISKUSSION

DER UNTERSUCHUNGSBEFUNDE IN EG UND KG

In unserer Untersuchung haben wir eine Reihe unterschiedlicher Meßinstrumente zu verschiedenen Zeitpunkten (vgl. Situations-, Verlaufs- und Erfolgsmessung) eingesetzt. Mit ihrer Hilfe wollten wir umfassende und differenzierte Aussagen über Art, Ausmaß und Generalisierbarkeit der Effekte einer rein klientenzentrierten (KG) im Vergleich zu denen einer erlebnisorientierten psychotherapeutischen Behandlung (EG) ermöglichen.

Sie wurden insbesondere in Hinblick auf die folgenden drei Zielbereiche zusammengestellt:

1. die differentielle Wirkung des erlebnisorientierten Ansatzes auf das Experiencing der Klienten sowie auf den Zusammenhang zum Therapie-Erfolg (Vorher-/nachher-Veränderung) zu überprüfen;
2. um eingehende Informationen darüber zu erhalten, wie Klienten der beiden Untersuchungsgruppen auf die unterschiedlichen Behandlungsbedingungen reagieren und worin sie sich voneinander unterscheiden;
3. um Auskunft über die Auswirkungen der beiden differierenden Behandlungsansätze hinsichtlich spezifischer psychoneurotischer Merkmalsbereiche wie Depressivität, Ängstlichkeit und soziale Unsicherheit zu erhalten.

Wir werden im Rahmen dieses Abschnittes die Untersuchungsergebnisse auf den unterschiedlichen Ebenen der erfolgten Messung zusammengefaßt darstellen, um die Frage beantworten zu können:

"In welchem Verhältnis stehen die Befunde der Situations-, der Verlaufs- sowie der Erfolgsmessung zueinander?"

Wir beginnen mit den Befunden auf der Ebene der Situationsmessung, der in der vorliegenden Arbeit ein priorisierter Stellenwert zukommt.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen zum Experiencing der Klienten bzw. zu den von den Therapeuten der EG verwendeten EaI stellten wir fest, daß

- o das mittlere Experiencingniveau der Klienten der EG über den Gesamttherapiezeitraum signifikant höher ist als das der KG, und daß dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen im wesentlichen auf das höhere Experiencing-Niveau der EG im 6. Kontakt zurückzuführen ist.

Wir sehen diese Veränderung in den EXP-Werten der EG-Klienten in besonderem Zusammenhang mit der 'Arbeitsphase' innerhalb der EG, in der zunehmend stärker (d.h. vom 3. Kontakt an) von den Therapeuten EaI in den therapeutischen Gesprächsverlauf eingeführt wurden.

- o analog zum Anstieg der EXP-Werte der EG im mittleren Gesprächskontakt die Zahl der von den EG-Therapeuten eingesetzten EaI gegenüber dem 3. Kontakt signifikant höher ist.
D.h. von den Therapeuten der EG wurden im mittleren (6.) Kontakt am häufigsten EaI verwendet.
- o das Ineinandergreifen von zwei Variablen in diesem Zusammenhang besonders wichtig ist: das Zusammenwirken von klientenzentrierter (gesprächspsychotherapeutischer) Kompetenz der Therapeuten und der Realisierung von EaI führen zu einem signifikant höheren Anstieg des EXP-Niveaus innerhalb der EG als in der KG;
- o am häufigsten die EaI "Wiederholung und Übertreibung", und am wenigsten die EaI "Intensivierung von Empfindungen" eingesetzt wurden;
- o das EXP solcher Klienten der EG, deren Therapeuten häufig erlebnisaktivierend intervenierten, wesentlich höher ausfiel als bei Therapeuten, die dies vergleichsweise weniger tun;
- o entgegen den Befunden aus anderen Untersuchungen wir keine Veränderungen des EXP-Niveaus innerhalb eines einzelnen Kontaktes (i.S. eines phasenförmigen Geschehens, das mit einer 'Aufwärmperiode' beginnt) feststellen,

noch irgendwelche bedeutsamen unmittelbaren Veränderungen des EXP nach Einsatz der EaI (Anstieg bzw. Abfall des EXP) aufweisen konnten.

- o hingegen über den Gesamttherapiezeitraum hinweg ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen der Höhe des EXP und der Zahl solcher EaI besteht, die vom Klienten sowohl durchgeführt als auch ausgewertet wurden (sog. qualifizierte EaI).

Mit anderen Worten: Je häufiger Therapeuten der EG erlebnisaktivierend intervenierten, desto höher war - über den Gesamttherapiezeitraum gesehen - das EXP-Niveau ihrer Klienten. - Wir haben aufzuzeigen versucht, daß dieser Zusammenhang möglicherweise auch dahingehend interpretiert werden kann, daß das EXP-Niveau sozusagen die Interventionshäufigkeit des/der Therapeuten 'steuert' bzw. wesentlich mitbestimmt.

Diese Annahme wird auch von dem Befund gestützt, daß mit steigendem EXP-Niveau eines Klienten die Therapeuten sich zunehmend mutiger fühlen, EaI innerhalb des therapeutischen Prozesses zu verwenden.

Solche Veränderungen, wie sie mit den verlaufsspezifischen Meßinstrumenten (SBK, SBT) erfaßt wurden, weisen zunächst einmal auf die positiven und gemeinsamen Erfahrungen der Klienten beider Untersuchungsgruppen hin: sie

- gewinnen mehr Vertrauen
- sehen ihre Schwierigkeiten zunehmend unter einem neuen Blickwinkel
- gehen mit dem Fortschreiten der Behandlung im Gespräch stärker in sich, gewinnen zunehmend mehr Klarheit über sich selbst und kommen näher an ihre Probleme heran.

Dabei sind die Veränderungen in den mittleren Kontakten ('Arbeitsphase') ausgeprägter als zu Beginn bzw. zum Ende der Behandlung und lassen demzufolge dort eher einen differenzierten Vergleich der Veränderungen zu.

Von zentraler Bedeutung sind hier die sich unterschiedlich entwickelnden Mittelwertsverläufe der SBK-Items, die auf ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen sowie

auf stark voneinander differierende Erlebensweisen der Klienten in EG und KG hinweisen.

Die aufgrund der Auswertung der Verfahren zur Verlaufsmessung ermittelten Befunde unterstützen und erweitern die Ergebnisse der Situations- (EaI- und EXP-) Messungen: mit einem erlebnisorientierten Therapeutenverhalten und in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Verwendung von EaI verändern sich auch bestimmte Erlebnisweisen der Klienten innerhalb der EG.

- o Simultan zum bedeutsamen Anstieg des EXP sowie der häufigeren Verwendung von EaI erleben die Klienten der EG - im Vergleich zu denen der KG - das Therapeutenverhalten zunehmend bedrängender sowie Gesprächssituationen als bedrohlich für sich.
- o Das erlebnisaktivierende Vorgehen der EG-Therapeuten führt zu ambivalenten Einschätzungen durch die Klienten, die sowohl die als negativ als auch die als positiv erlebten Aspekte dieses Verhaltens reflektieren: einerseits fühlen sich diese Klienten bedrängt, konfrontiert und erleben bestimmte Gesprächssituationen für sich als bedrohlich, andererseits bewerten sie die Gespräche als sehr intensiv, zunehmend befriedigender, registrieren deutlich positive Veränderungen und finden ihre Therapeuten aktiv, bestimmt und vertrauensvoll.
- o Stärker von 'Aktivität' (auf seiten des Therapeuten) und von 'Veränderung' (auf seiten des Klienten) sind also die Gespräche innerhalb der EG - insbesondere in den mittleren Kontakten - gekennzeichnet; das Verhalten des/der Therapeuten richtet sich eher auf 'Hinweisen', 'Konfrontieren' und 'Aufmerksam machen', ein Vorgehen, das den Klienten in einer vergleichsweise größeren Aufmerksamkeitshaltung hält als in der EG.
- o Die optimistischere Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Lösung ihrer Probleme, das stärkere Empfinden für

augenblicklich stattfindende Prozesse sowie die Einsicht in die eigene aktive Rolle bei der Veränderung von Schwierigkeiten und Problemen charakterisiert dagegen innerhalb der KG ein therapeutisches Geschehen, in denen die Therapeuten deutlich ihr Verhalten nach einem klientenzentrierten Konzept ausrichten: die Klienten haben offenbar mehr Raum für eine ausführliche und ungestörte Selbstreflexion.

- o Eine Verringerung der Interventionshäufigkeit der EG-Therapeuten in den letzten drei Gesprächen führt zu einer deutlichen und positiven Resonanz im Erleben der Klienten der EG, d.h. zu mehr Selbstbestimmung des Gesprächsverlaufes, zu Erleichterung und Entspannung sowie einem stärkeren Erleben von Veränderung und Klarheit über sich selbst.

Diese Befunde legen eine Sichtweise nahe, derzufolge zwei Prozesse für die Entwicklung innerhalb der EG von entscheidender Bedeutung sein könnten:

- (1) Der Therapeut wird vertrauter mit den Verhaltensweisen und Einstellungen seines Klienten sowie dessen Reaktionen auf sein eigenes Verhalten; er erhält zunehmend mehr Hinweise darüber, inwieweit er (der Therapeut) von sich aus aktiv und verändernd auf ihn (den Klienten) einwirken kann.
Umgekehrt gewinnt der Klient ein zunehmend vollständigeres 'Bild' von der Person seines Therapeuten, dessen Sicht- und Verhaltensweisen, das - wie wir vermuten - mit einem vertieften Verständnis der therapeutischen Intentionalität erlebnisaktivierender Interventionen und ihrer 'bedrohlichen' Aspekte für sein Selbstkonzept verbunden ist.
- (2) Es kommt zu einer deutlichen Verminderung des erlebnisaktivierenden therapeutischen Handlungselementes nach dem 7. Kontakt, d.h. in den letzten drei Gesprächen.

Wenngleich die Klienten der EG ihre Therapeuten als wesentlich bedrängender als die der KG erleben, so scheint jedoch kein Zusammenhang zwischen der Variable 'Realisierung von EaI' allein und dem Klienten-Merkmalbereich 'Erleben von Bedrängnis durch den Therapeuten' zu bestehen, wenngleich bei großer Interventionshäufigkeit - wie im mittleren

(6.) Kontakt - die Beziehung zum Therapeuten als signifikant weniger positiv von den Klienten der EG 'bewertet' wird.

Gerade bei diesem Gespräch handelt es sich jedoch um den Kontakt, in welchem

- o das Experiencing der Klienten der EG höher steigt als zu Beginn (3. Kontakt) und sich statistisch signifikant vom Experiencing-Niveau der KG unterscheidet;
- o bei den Klienten innerhalb der EG der Ausprägungsgrad des Merkmalsbereiches 'Erlebnisnähe' - verglichen mit den Klienten der KG - gegenüber dem 3. Kontakt signifikant ansteigt.

Mit anderen Worten: es scheint so zu sein, daß die Verwendung von 'Erlebnisaktivierenden Interventionen' verknüpft mit einer klientenzentrierten Haltung des Therapeuten günstige Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Klienten (gemäß ihren Selbsteinschätzungen innerhalb der 'Stundenbegleitbögen') zur Folge hat, hingegen eine große Interventionshäufigkeit¹ wie etwa in den Kontakten 5, 6 und 7 eher negative Bewertungen des therapeutischen Geschehens, speziell des Therapeutenverhaltens, durch den Klienten nach sich zieht.

Zugleich schließt jedoch - und dies sei hier besonders hervorgehoben - eine weniger positive Bewertung (!) der Beziehung zum Therapeuten (im 6. Kontakt) nicht die tatsächliche Effektivität der therapeutischen Arbeit innerhalb der EG aus, sondern deutet auf das Gegenteil, nämlich auf die positiven Auswirkungen auf das Erleben ('Experiencing') von Klienten.

Konstruktive Vorher-/nachher-Veränderungen liegen - wie wir im Zusammenhang mit den Befunden zum 'Therapieerfolg' auf-

¹ Vgl. dazu den Abschnitt V. 4.2.1.3., Tabelle 11 ("Absolute Häufigkeiten, mit denen die EaI I - V ... in den Einzelkontakten 3, 6 und 9 von den Therapeuten der EG verwendet wurden").

wiesen - sowohl für die EG als auch für die KG vor.

- o Eine eindeutige Aussage zugunsten der einen oder der anderen Behandlungsgruppe ist aufgrund der statistisch unbedeutenden Unterschiede zwischen den Veränderungswerten zum Zeitpunkt nach (II) Beendigung der Behandlungen nur mit Einschränkungen möglich. Hier können allenfalls Zahl und Höhe der Veränderungen innerhalb der EG zwischen den Meßzeitpunkten I und II als ein vorsichtiger Hinweis auf die höhere therapeutische Effizienz des kombinierten erlebnisorientierten Ansatzes in der EG angesehen werden.

Ein weiteres Ergebnis stellt in diesem Zusammenhang der Befunde dar, demzufolge

- o die Variable Experiencing nicht zwischen Klienten, die (auf dem VEV) erfolgreicher und solchen, die weniger erfolgreich waren, differenziert. Wir gehen (1) davon aus, daß aufgrund der bislang vorliegenden empirischen Untersuchungen (vgl. z.B. DAHLHOFF und BOMMERT, 1978; CUSTERS, 1973 und WELK, 1979) es ohnehin nur mit Einschränkungen möglich ist, mit Hilfe der EXPERIENCING-Skala zwischen Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zu differenzieren: So sind

"... nicht allein die absoluten Werte entscheidend, sondern auch das Ausmaß und die Art der Veränderung des Experiencing im Verlauf der Therapie sind wichtige Unterscheidungskriterien" (BELLENDORF et al., 1981, S.33).

Dieser Sachverhalt sowie die z.T. nur sehr schwer miteinander zu vergleichenden Ergebnisse zum Verlauf der Experiencing-Werte selbst können also als eine mögliche Erklärung für die Null-Korrelation zwischen dem Experiencing-Niveau und dem Ausmaß der Vorher-/nachher-Veränderung (VEV) herangezogen werden.

Zum (2) setzen sich - wie wir anhand der Befunde der SBK-Messungen zeigen konnten- die positiven Veränderungen der EG-Klienten im Vergleich zu den Klienten der KG langsamer durch, so daß hier möglicherweise die Begren-

zung der Behandlungsdauer auf 10 Kontakte eine wichtige Größe darstellt. Von entscheidender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang wohl daß (3) die differenzierten Ergebnisse, wie wir sie aufgrund der Verwendung der 'Stundenbegleit-Fragebogen' (SBK) erhalten haben, sichtbar werden lassen, daß "Erlebnisaktivierung" nicht nur und ausschließlich eine Klientenreaktion (nämlich eine Veränderung des 'Experiencing') zur Folge hat, sondern auch andere Dimensionen des Erlebens, etwa die von Bedrängnis und Bedrohung sowie innerem Widerstand der Klienten sich als Konsequenz der Realisierung eines erlebnisorientierten therapeutischen Ansatzes einstellen. Auch unter dieser Perspektive (wir haben innerhalb des THEORIETEILES, in den Abschnitten II. 6.2. und 6.3. das Thema "Effekt-Neutralisation" aufgrund der Kombination unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen näher diskutiert), kann also ein linearer und korrelativer Zusammenhang zwischen den Experiencing- und den Erfolgs- (VEV-)Werten nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

3. BEANTWORTUNG DER UNTERSUCHUNGS-FRAGESTELLUNGEN

Unter Rückgriff auf die vorangegangene zusammenfassende Darstellung, Auswertung und Diskussion der zahlreichen Einzelergebnisse wollen wir die im Kap. III. formulierten Fragestellungen unserer Untersuchung konkret zu beantworten versuchen.

- (1) "Welche Auswirkungen haben EaI, die in ein klientenzentriertes psychotherapeutisches Handlungskonzept einbezogen werden auf das Selbsterleben von Klienten?"

Spezifischer:

"Vertiefen die - per definitionem - als 'erlebnisaktivierend' bezeichneten Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie tatsächlich den Erlebensprozess ('Experiencing') eines Klienten bzw. beteiligen sie ihn stärker am therapeutischen Geschehen?"

"Unterscheidet sich die Tiefe des Selbsterlebens ('Experiencing') in einer erlebnisorientiert, d.h. kombiniert behandelten Klientenstichprobe ('EG') von derjenigen, die rein klientenzentriert behandelt wurde?"

Beide Fragestellungen können aufgrund der vorgelegten Ergebnisse bejaht werden.

Für die Effizienz - i.S. einer Vertiefung des Klientenerlebens ('Experiencing') - erlebnisaktivierender Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie sprechen die folgenden Befunde:

o Werden neben einer rein klientenzentrierten GPTH spezifische EaI im Laufe der therapeutischen Behandlung verwendet, so ist das EXP dieser Klienten über den Gesamtzeitraum höher als bei einer ausschließlich klientenzentriert behandelten Gruppe.

Dieser Unterschied ist in der mittleren Phase der Behandlung besonders ausgeprägt.

- o Klienten, die im Verlauf einer solchen 'erlebnisorientierten' Behandlung mit sehr vielen EaI konfrontiert werden, weisen überdies ein signifikant höheres EXP-Niveau auf als Klienten, deren Therapeuten seltener entsprechend intervenierten.
- o Insbesondere das günstige Zusammenwirken von therapeutischer Kompetenz und der Verwendung erlebnisaktivierender Interventionen schaffen geeignete Bedingungen für eine deutliche Veränderung des EXP-Niveaus.
- o Ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen der Höhe des EXP und der Häufigkeit der verwendeten EaI besteht (über den Gesamttherapiezeitraum) dann, wenn solche EaI von den Klienten sowohl durchgeführt als auch ausgewertet wurden.

Insbesondere gilt für unsere Untersuchung, daß eine Intensivierung des Selbsterlebens nicht unmittelbar innerhalb eines Gesprächskontaktes erfolgte: unsere Ergebnisse geben statt dessen eher Anlaß zu der Vermutung, daß die EaI weniger in dem Kontakt, in dem sie initiiert werden, direkt das EXP beeinflussen, sondern eher indirekt über intervenierende Variablen das Experiencing langfristig begünstigen.

Es ist - wie wir bereits oben feststellten (s. S.256; 279) denkbar, daß sowohl Klient als auch Therapeut in Kontext eines erlebnisorientierten therapeutischen Ansatzes eine vergleichsweise längere Phase des Lernens und der Gewöhnung benötigen: der Klient muß sich damit auseinandersetzen, daß der Therapeut ein klientenzentriertes und eher rezeptives Verhalten unterbricht ('aussetzt'), den Klienten zu bestimmten Handlungen anleitet und ihn auffordert, mit seinem aktuellen Erleben zu experimentieren. Andererseits benötigt auch der Therapeut eine gewisse Zeit um herauszufinden, welche Interventionen zu welchem Zeitpunkt bei seinen Klienten indiziert sind.

Die Annahme einer zeitlich verschobenen Wirkung erlebnis-aktivierender Interventionen wird auch durch die Überlegungen GENDLINS (1978, S. 32) gestützt, der darauf hinweist, daß der einmal angeregte Experiencing-Prozess des Klienten aufgrund seiner 'Eigendynamik' sich auch über die Therapiestunde hinaus weiterentwickelt (vgl. dazu auch MARCUS, 1979, S. 49).

Lassen sich also deutliche empirische Anhaltspunkte für den positiven korrelativen Zusammenhang von EaI (Therapeut) und EXP (Klient) aufzeigen, so ist doch zugleich eine Sichtweise nicht gänzlich von der Hand zu weisen, derzufolge nicht notwendigerweise die EaI als ursächlich für eine Vertiefung des Selbsterlebens anzusehen sind, sondern - umgekehrt - möglicherweise das Experiencing eine wesentliche antezedente Bedingung (i.S. einer steuernden Funktion) für die Verwendung von EaI seitens des Therapeuten darstellt.

- (2) "Inwieweit kann bei einer tatsächlich erfolgten Intensivierung des Klienten-Selbsterlebens ein günstigeres Therapie-Gesamtergebnis (Therapie-'Erfolg') erwartet werden?"

Ein statistisch bedeutsamer und direkter korrelativer Zusammenhang zwischen der Klienten-Prozessvariable 'Experiencing' und dem 'Therapieerfolg' ließ sich in unserer Untersuchung nicht feststellen bzw. replizieren.

D.h. die Variable EXP differenzierte nicht zwischen solchen Klienten beider Behandlungsgruppen, die (nach dem VEV) 'erfolgreicher' bzw. 'weniger erfolgreich' waren.

Insofern kann - zumindest im Rahmen unserer Untersuchung - nicht unmittelbar von einer erfolgten Intensivierung des Selbsterlebens der Klienten auf einen größeren Therapieerfolg geschlossen werden, wie dies in einigen Untersuchungen (wenn auch mit Einschränkungen) zur Bedeutung des Experiencing möglich war (vgl. hierzu etwa KIESLER, MATHIEU und KLEIN, 1967; KIESLER, 1971 sowie DAHLHOFF und BOMMERT, 1978).

Wir haben im Zusammenhang mit der zusammenfassenden Betrachtung und Diskussion aller Untersuchungsbefunde einige Gründe genannt, die als verantwortlich für eine solche Null-Korrelation zwischen dem EXP und den Ergebnissen des VEV angesehen werden könnten (siehe den vorangegangenen Abschnitt VI. 1.).

Das höhere EXP-Niveau sowie die größere Zahl und Höhe der konstruktiven Vorher-/Nachher-Veränderungen innerhalb der EG sprechen dagegen eher indirekt für eine höhere therapeutische Effizienz eines kombinierten erlebnisorientierten Ansatzes.

Vermutlich dürfte sich die Richtigkeit unserer Auffassung angesichts der w.o. (s. S. 256) aufgezeigten und EG-typischen 'Effektverzögerung' unter zwei Bedingungen - die in weiteren Untersuchungen zu berücksichtigen wären - als zutreffend erweisen:

- bei einer Dauer der therapeutischen Behandlung, die über die 10 Kontakte hinausgeht,
- bei zurückhaltender Verwendung von Erlebnisaktivierenden Interventionen.

- (3) "Lassen sich die bereits vorhandenen symptomspezifischen Indikationen eines erlebnisorientiert ausgerichteten (kombinierten) therapeutischen Vorgehens empirisch sichern?"

In unserer Untersuchung haben wir durch Verwendung des U-Fragebogens, des STAI_{allg} sowie des BDI auf die Indikationsproblematik (vgl. BOMMERT et al., 1978, sowie ESSER, 1978, 1979) abgehoben, speziell auf die Frage nach der symptomspezifischen Indikation: wir wollten damit ansatzweise empirisch zu klären versuchen, bei welchen Klientengruppen ein erlebnisorientierter Behandlungsansatz indiziert bzw. kontraindiziert sei. Der Vergleich der Vorher-/Nachherbefunde auf den o.g. Meßinstrumenten innerhalb der einzelnen UG sowie zwischen EG und KG läßt aufgrund dieser Ergebnisse zumindest günstige Effekte für selbstunsichere und ängstliche Klienten erwarten.

Einschränkend muß hinzugefügt werden, daß hier wohl zur Formulierung definitiver Aussagen sinnvoller gewesen wäre, entweder (a) gezielt entsprechende Klientengruppierungen (Depressive, Ängstliche, Selbstunsichere) vor Beginn der Untersuchung zusammenzustellen und anteilig auf beide UG zu verteilen, oder aber (b) - bei größeren und gemischten Klientenstichproben als der vorliegenden - Extremgruppenvergleiche vorzunehmen.

Die Ergebnisse der Situationsmessung (EaI- und EXP-Ratings) sowie der Verlaufsmessung (SBK und SBT) weisen auf eine mögliche - situationsbezogene - Kontraindikation von EaI hin (vgl. HARPER et al., 1976): wenn sie nämlich in zu starkem Ausmaß und mit der Intention, ständig den Klienten zu 'aktivieren' (d.h. sowohl innerhalb der einzelnen Kontakte als auch über den gesamten Behandlungszeitraum) und in großer Zahl verwendet werden, ohne daß therapeutische Elemente der Reflexion und des 'Raum-gebens' angemessen zu berücksichtigen.

Überdies halten wir mittlerweile die Überlegungen zur sowie die Forderung nach empirischer Überprüfung, die mit der Frage nach der situationsspezifischen und symptombezogenen Indikation von erlebnisorientierten Ansätzen in den letzten Jahren formuliert wurden, angesichts der Komplexität und Vielzahl der involvierten Klienten- und Therapeutenvariablen nur noch für eingeschränkt sinnvoll. - So erlaubt z.B. der Vergleich einer klientenzentriert behandelten mit einer erlebnisorientierten Klientengruppe nur begrenzt generalisierbare Antworten, da bei zu strengen Indikationsforderungen (wie wir sie ja selbst formuliert haben; vgl. dazu BOMMERT, DAHLHOFF und ESSER, 1978; ESSER, 1979) eine Reihe persönlichkeitsrelevanter und situativer Merkmale - denen entscheidende Bedeutung zukommt, ob die mit den EaI intendierten Auswirkungen auf den Klienten tatsächlich zustande kommen - notwendigerweise ausgeklammert werden müßten.

- (4) "Spiegelt sich die (theoretische) Auffassung von einer 'Paradigma-Kollision' (i.S. einer unzureichenden - derzeitigen - praktischen Kompatibilität von klientenzentriertem und erlebnisaktivierenden Vorgehen) auch in den empirischen Befunden der Verlaufsmessung wieder?"

"Welche Schwierigkeiten und Probleme bereitet ein kombiniertes erlebnisorientiertes Therapeutenverhalten den Klienten, und wenn ja, wie sind diese zu bewerten?"

Eine der zentralen Fragestellungen in der Diskussion um die 'Integration' erlebnisaktivierender Interventionen in ein gesprächspsychotherapeutisches Basisverhalten besteht darin, ob sich die unterschiedlichen theoretischen Vorstellungen zum Therapeutenverhalten auf der praktisch-therapeutischen Ebene 'vereinbaren' lassen. Insbesondere mangelt es hier bisher an empirischen Daten zur eingehenderen Beantwortung der Frage, wie denn der Klient seinen Therapeuten erlebt, wenn dieser von einem eher rezeptiven, klientenzentrierten Verhalten zu einem eher aktiven, steuernden und konfrontativen 'Stil' überwechselt. Wir haben an anderer Stelle (Kap. II. 6. 'Probleme einer Integration ...') die Vermutung geäußert bzw. als vorläufige Beobachtung mitgeteilt, daß die Gefahr besteht, daß der Klient diesen Wechsel als 'Bruch' im Therapeutenverhalten erlebt bzw. deutet, der i.S. geringerer Transparenz des Geschehens dann bei ihm Unsicherheit auslöst (vgl. BOMMERT et al., 1978; ESSER, 1979) oder gar die implizite Weigerung, gemeinsam mit dem Therapeuten weiter an seinem aktuellen Erleben zu arbeiten.

In unserer Untersuchung gibt es konkrete Hinweise auf spezifische Konsequenzen einer erlebnisorientierten integrativen Praxis auf das Erleben von Klienten: so korreliert der Einsatz von EaI mit dem Erleben von 'Bedrängnis' beim Klienten (siehe dazu die Abschnitte V. 4.3. und V. 4.5.).

D.h., das Erleben von Bedrängnis ist in den Therapien, in denen auch erlebnisaktivierend interveniert wurde, signifikant höher als in solchen Therapien, in denen der Therapeut ausschließlich klientenzentriert reagierte. Dieser Unterschied zeigt sich besonders deutlich in der mittleren (6. Kontakt) Phase der therapeutischen Behandlung.

Hier stellt sich für uns die Frage, welcher Stellenwert einer negativen Bewertung des Therapeutenverhaltens und dem stärkeren Erleben von Bedrängnis auf seiten des Klienten beigemessen werden muß, und ob daraus Konsequenzen für ein erlebnisorientiertes Vorgehen zu ziehen sind.

Mit der Frage, ob eine negative Beurteilung der therapeutischen Beziehung den Therapieerfolg beeinträchtigt, wird eine Kontroverse zwischen GENDLIN und ROGERS aufgegriffen (vgl. GENDLIN, 1978): Vertreter einer orthodoxen Gesprächspsychotherapie verstehen die therapeutische Beziehung und deren Wahrnehmung durch den Klienten als das zentrale Moment einer therapeutischen Behandlung.

Demgegenüber halten GENDLIN sowie Vertreter der Gestalttherapie, wie etwa PERLS es nicht für zwingend notwendig, daß der Klient die therapeutische Beziehung überwiegend positiv erlebt (vgl. hierzu GENDLIN, 1978, FAGAN und SHEPHERD, 1970 sowie PERLS, 1974, 1976): Ganz im Gegenteil, Gefühle von 'Bedrängnis', 'sich bedroht fühlen' und 'innerem Widerstand' signalisierten ja gerade, daß ein entscheidender Aspekt, ein "empfindlicher Punkt" im Erleben des Klienten berührt würde, und daß diese Empfindungen sozusagen Ausgangspunkt für nachfolgende Veränderungen sein können, wenn der Klient dazu bereit ist, ein 'kalkuliertes Risiko' einzugehen.

Unsere Befunde weisen daraufhin, daß mit den weniger positiven Bewertungen des Therapeutenverhaltens durch den Klienten eben durchaus ein tieferes Selbsterleben der Klienten verbunden sein kann.

Das zeigt sich besonders deutlich im mittleren Abschnitt der Behandlung innerhalb der EG, in welchem eben mit einer weniger positiven Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten sowohl ein signifikant höheres EXP-Niveau als auch eine größere Ausprägung des Merkmalsbereiches 'Erlebnisnähe' (SBK-Items 1, 7, 30 und 34) einhergeht als innerhalb der KG.

Eine mögliche Erklärung für diesen Sachverhalt haben wir im Rahmen unseres THEORIETEILES (vgl. hierzu die Abschnitte II. 7.3.2. sowie 7.3.3.) formuliert: daß das subjektive Erleben von 'Bedrängnis', 'innerem Widerstand' usf. nicht so sehr als inhaltliche Kritik an der Person des Therapeuten und seinem Verhalten (seinem 'Stil') aufzufassen, sondern Ausdruck eines Erlebismomentes ist, in welchem aufgrund der Bedrohung des eigenen Selbstkonzeptes (noch) Veränderungsresistenz und Vermeidungsverhalten dominiert.

Eben dadurch stützen die vorliegenden Ergebnisse unsere im THEORIETEIL formulierte Annahme (vgl. dazu den Abschnitt II. 6.2.1. "Zur Gefahr einer 'Paradigma-Kollision', besonders S.107 ff), daß hier andere lerntheoretische Erklärungsprinzipien im Zusammenhang mit einem kombinierten erlebnisaktivierenden therapeutischen Handeln hinzugezogen werden müssen, nämlich nicht nur mehr das der 'Gegenkonditionierung' (wie etwa im Kontext einer rein gefühlsverbalisierenden Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie'), sondern zusätzlich das 'Habituation', d.h. der direkten, unmittelbaren Konfrontation des Klienten mit sich selbst, seinem Erleben und Verhalten, unter Verhinderung konfliktvermeidender 'Manöver'.

Wir gehen somit davon aus, daß ein stärkeres Erleben von 'Bedrängnis', 'innerem Widerstand' usf. ein spezifisches Charakteristikum einer therapeutischen Kombination von Klientenzentrierter Psychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen ist. Dabei können wir allerdings nicht entscheiden, ob dies im wesentlichen auf die konfrontativen Merkmale der verwendeten EaI zurückzuführen ist, oder aber auch durch den Wechsel bzw. die Veränderungen im Therapeutenverhalten bedingt ist.

Wir sind jedoch der Auffassung, daß dieser Sachverhalt entscheidend davon geprägt wird, daß die verwendeten EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie stärker als ein rein klientenzentriertes gesprächspsychotherapeutisches Verhalten auf vorbewußte Erlebensinhalte des Klienten zielen.

"Welche Auswirkungen und Konsequenzen hat der (erweiterte) Handlungsspielraum einer kombinierten erlebnisorientierten therapeutischen Arbeit auf Verhalten und Erleben des Therapeuten?"

Die gesprächspsychotherapeutische Praxis sowie die sich daraus entwickelnde Diskussion der letzten Jahre hat gezeigt, daß ein klientenzentriertes und eher rezeptives Therapeutenverhalten in vielen therapeutischen Situationen an Grenzen stößt. Diese Beobachtungen haben innerhalb der gesprächspsychotherapeutischen Forschung Entwicklungen ausgelöst und beschleunigt, die auf eine Erweiterung des klientenzentriert-gesprächspsychotherapeutischen Handlungsspielraumes abzielen.

Der Versuch, EaI aus dem Kontext der Gestalttherapie in eine gesprächspsychotherapeutische Grundkonzeption mit-einzubeziehen führt - wie wir vermuteten - neben dem Vorteil eines übergreifenderen und flexibleren Therapeutenverhaltens wahrscheinlich auch zu beeinträchtigenden Effekten: der Therapeut ist bedeutend stärker solchen Situationen ausgesetzt, in denen er aufgrund seines Wissens aus der vergrößerten Zahl möglicher Handlungsalternativen eine adäquate auszuwählen hat. Wir nehmen an, daß sich die damit einhergehende Unsicherheit des Therapeuten hinsichtlich einer Entscheidungsfindung manchmal auch auf den Klienten überträgt; je mehr Sicherheit aber der Therapeut seinem Klienten vermitteln kann, desto leichter fällt es vermutlich diesem, sich auf Erlebens- und Verhaltens-"Risiken" innerhalb der therapeutischen Kontakte einzulassen.

Die Frage, ob klare(re) Indikationskriterien oder -Leitlinien sowie Regeln zur Erleichterung diesbezüglicher Entscheidungsprozesse ein damit verbundenes Dilemma lösen können, müssen wir z.Zt. unbeantwortet lassen.

In unserer Untersuchung stellten wir fest, daß das Ausmaß, in welchem sich Gesprächspsychotherapeuten ermutigt fühlen, EaI einzusetzen, in einem positiven korrelativen Zusammenhang zum EXP des Klienten steht.

Inhaltlich bedeutet ein hohes EXP-Niveau den offenen und intensiven Umgang mit dem augenblicklichen Erleben; bei solchen Klienten, die auf diese Weise ihre Bereitschaft zur Mitarbeit im therapeutischen Prozess nachdrücklich demonstrieren, fällt es sicherlich einem Therapeuten leichter, sich in den Klienten einzufühlen bzw. ihm auf einfühlsame Weise EaI 'anzubieten'. In dem Ausmaß, wie es dem Therapeuten gelingt, seinen Klienten auf die hier beschriebene Weise zu einem intensiveren aktuellen Erlebensprozess anzuregen, fühlt er sich wahrscheinlich in seiner Entscheidung für die Verwendung bestimmter EaI bestätigt und ermutigt, von seinen erweiterten Verhaltensmöglichkeiten Gebrauch zu machen.

4. ZUR GÜLTIGKEIT DER EMPIRISCHEN BEFUNDE

Auf den folgenden Seiten wollen wir uns mit der Frage befassen, aus welchen Ursachen heraus die Interne bzw. Externe Validität unserer Untersuchung Beeinträchtigungen unterliegen könnte bzw. in welchem Ausmaß bei ihrer Planung und Durchführung den Ursachen möglicher Einschränkungen im Hinblick auf folgende 'Klassen' Rechnung getragen wurde:

1. Externe Einflüsse auf den Klienten
2. Klienten-Merkmale
3. Therapeuten-Merkmale
4. Variablen der therapeutischen Behandlungsform
5. Kriteriumsmessung

Wir orientieren uns in unseren Überlegungen in der definitorischen Bestimmung der Begriffe der 'Internen' bzw. 'Externen Validität' und in den darauf bezogenen (neuen) konzeptionellen Gesichtspunkten an die Ausführungen von KIRCHNER et al. (1977), die die Diskussion bei CAMPBELL und STANLEY (1970) für mittlerweile erheblich revisionsbedürftig sowie die von diesen Autoren vorliegende Aufstellung von 'Faktoren' der Internen bzw. Externen Validität für grundsätzlich fragwürdig und - insbesondere - für die klinisch-psychologische Forschung ungeeignet ansehen (S. 51).

Für die Psychotherapieforschung lautet ihre Grundfrage nach der Internen Validität:

"Läßt sich die beobachtete Veränderung im Klienten-Verhalten durch andere Einflüsse als den der durchgeführten therapeutischen Behandlung erklären?"

Entsprechend die nach der Externen Validität:

"Inwieweit läßt sich das vorgefundene Ergebnis auf andere Klienten, andere Therapien und andere Behandlungsbedingungen übertragen?"

KIRCHNER et al. (1977, S. 71 ff.) teilen die Quellen möglicher Beeinträchtigungen der (internen und externen) Validität in die o.g. 5 Klassen auf:

1. Externe Einflüsse auf den Klienten

Zu dieser Klasse von Beeinträchtigungen sind alle diejenigen Einflüsse zu rechnen, die im Zeitraum der durchgeführten Therapie außerhalb der therapeutischen Situation auf den Klienten einwirken.

Veränderungen in der individuellen Lebenssituation der Klienten sowie Daten bezüglich allgemeiner gleichzeitiger Veränderungen wurden nicht erfaßt. Wir erwarten, daß unspezifische außerexperimentelle Einflüsse sich zufällig über beide UG verteilt haben und sehen äußere Umwelteignisse (wie z.B. jahreszeitliche Einflüsse) wegen der zeitlichen Parallelität der Behandlung für beide Gruppen als gleich an.

Die erbetenen Auskünfte hinsichtlich einer gleichzeitig stattfindenden Behandlung geben keinerlei Hinweise auf individualtherapeutische bzw. gruppenpsychotherapeutische (projektexterne, d.h. zusätzliche) Behandlung unserer Klienten. Jedoch wurden zwei weibliche Klienten der EG sowie ein männlicher und ein weiblicher Klient der KG seit mehreren Monaten medikamentös versorgt (Applikation von Sedativa).

Für die Frage nach der Externen Validität können diese Einflüsse möglicherweise relevant sein.

2. Klienten-Merkmale

Alle Merkmale von Klienten, die im Hinblick auf eine psychotherapeutische Behandlung und ihre Wirksamkeit von Bedeutung sind, konstituieren diese 'Klasse' von Beeinträchtigungen:

Es handelt sich dabei um drei Bereiche wichtiger Einflußgrößen:

- Symptomatik (aktuelle S., bisheriger Verlauf der Störung)
- relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften
- situationsspezifische Merkmale (Vorinformationen, Erwartungen der Klienten).

Den daraus - möglicherweise - erwachsenen Folgen für die Interne Validität wurde dadurch begegnet, daß wir

1. sämtliche Vorinformationen bezüglich der therapeutischen Behandlung gleichgestalteten, sowie
2. der - zeitraubenderen und arbeitsaufwendigeren - Aufteilung der Klienten anhand ihrer Symptomatik auf die beiden UG eine Parallelisierung und Zufallsverteilung (Matching) der Klienten nach den Merkmalen (in dieser Reihenfolge)

- Geschlecht
- Alter
- Berufstätigkeit
- Problembereich (grob)

vorgezogen haben. - Hier erscheinen uns folgende unter-suchungsbezogene Ereignisse wichtig:

- (a) Trotz einer befriedigenden Streuung hinsichtlich Alter, Berufstätigkeit und Problembereich liegt doch sowohl ein relativ hoher Anteil von weiblichen Klienten (64,4 %) als auch von solchen (männlich und weiblich) mit mittlerer Reife und Abitur/Hochschulabschluß (ca. 80 %) vor.
- (b) Beide Behandlungsgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Zahl der Abbrecher. Wesentliche Merkmale dieser Abbrecher - verglichen mit der Gesamtstichprobe - wurden im Ergebnisteil näher beschrieben.
- (c) Trotz des sorgfältig durchgeführten Matchingverfahrens unterscheiden sich die Klienten beider Behandlungsgruppen zum Meßzeitpunkt vor Beginn der Therapien (I) auf einigen Variablen der Prä-/Post-Messung signifikant voneinander.

Aufgrund der im Rahmen unserer Untersuchung verwendeten Art und Weise der Klientengewinnung (Zeitungsartikel) sowie ihrer Zusammensetzung (überwiegend Frauen) wird eine Generalisierung der Befunde (Externe Validität) nur unter Berücksichtigung dieser spezifischen Besonderheiten möglich sein.

Ansichts der Unterschiede zwischen EG und KG hinsichtlich einiger Ausgangswerte ist eine Einschränkung der Gültigkeit der Befunde der Prä-/Post-Messungen (Interne Validität) wahrscheinlich.

3. Therapeuten-Merkmale

Bei den Merkmalen und Eigenschaften der Therapeuten handelt es sich - unabhängig von der jeweils durchgeführten Behandlung - um zentrale Einflußgrößen innerhalb der Psychotherapie.

Um Gruppenunterschiede hinsichtlich relevanter Therapeuten-Merkmale auszuschließen, wurden die (studentischen) Therapeuten hinsichtlich eines komplexen Kompetenz-Merkmales (z.B.: Sicherheit und Erfahrung) eingeschätzt, und nach der individuellen Ausprägung dieses Merkmales und unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter parallelisiert und auf beide UG zufallsverteilt. Trotzdem - und wir vermuten hier einen wesentlichen Zusammenhang zur vergleichsweise hohen Abbrecherzahl innerhalb der KG - ist nicht auszuschließen, daß eine Reihe der studentischen Therapeuten (sie waren über Einzelheiten hinsichtlich der geplanten Untersuchung informiert) mit ihrer Zufallszuweisung zur KG nur bedingt zufrieden waren, umso mehr, als alle diese Therapeuten bereits vorher an einem Therapieprojekt zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von neurotischen Klienten teilgenommen hatten.

Wir haben auch Anlaß zu der Vermutung, daß die avisierte Erweiterung des orthodoxen gesprächspsychotherapeutischen Kontextes spezifische Therapieerfolgserwartungen weckte und

damit verbunden eine stärkere Motivation der Therapeuten der EG zur Folge hatte.

Wir nehmen an, daß die Nichtberücksichtigung der Behandlungsspezifischen 'Neigung' der Therapeuten möglicherweise die Interne Validität der Untersuchung gefährdet.

4. Variablen der therapeutischen Technik

Diese Klasse von Einflußgrößen umfaßt alle Merkmale der therapeutischen Technik und ihrer Randbedingungen. Von entscheidender Bedeutung scheint uns hier die Tatsache, daß die Therapeuten der EG eine umfangreiche Zusatzausbildung im Umgang mit sowie bezüglich der Integration von EaI in einen klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Kontext, die Therapeuten der KG jedoch keinerlei 'kompensatorisches Training' erhielten. Wir haben diesen Entschluß w.o. (s. dazu S. 186) begründet; trotzdem bleibt offen, welche - über die spezifischen Ziele des Therapeutentrainings hinausgehenden - umfassenderen Auswirkungen (etwa i.S. der Erweiterung theoretischer und praktischer Grundkenntnisse und Zusammenhänge sowie der therapeutischen Kompetenz) sich bei den Therapeuten der EG einstellten.

Zum anderen wollen wir hier auch auf die besondere Arbeitssituation und -atmosphäre hinweisen, die - notgedrungen - daraus entstand, daß der Verfasser der Arbeit selbst das Zusatztraining durchführte (sog. nichtintendierte Bestandteile der therapeutischen Behandlung). Dagegen wurden Zeitvariablen, Gesamtdauer der therapeutischen Behandlung sowie Dauer der einzelnen Kontakte, therapeutische Rahmenbedingungen (institutioneller Rahmen; Setting) und Art und Weise sowie Umfang der Instruktionen in beiden UG konstant gehalten.

Hier sind speziell im Zusammenhang mit der Externen Validität Probleme aufgrund der Reaktivität der Untersuchungs- (d.h. hier: der Trainings-)bedingungen (sog. HAWTHORNE-Effekt) zu erwarten, etwa i.S. besonderer Anstrengungen der Therapeuten der EG.

5. Kriteriumsmessung

Unter dieser letzten Klasse der Beeinträchtigungen der Internen bzw. Externen Validität fallen Aspekte der Kriteriumserhebung, wie etwa:

- Art der Kriterien (z.B. Verhaltenstest vs. Selbsteinschätzung)
- Meßbedingte Artefakte (etwa i.S. sozialer Erwünschtheit oder Verfälschung aufgrund von Beobachtungs- und Einschätzungsverfahren)
- Zahl und Lokalisierung der Meßzeitpunkte.

Wie wir anhand der SBK-Werte zeigen konnten, beantworteten die Klienten beider UG eine Reihe von Items in Richtung 'sozialer Erwünschtheit'. Wir gehen davon aus, daß diese Tendenz zur bewußten bzw. unbewußten Verfälschung von Messungen sich auch in den leicht durchschaubaren Meßverfahren der Erfolgsmessung durchsetzt(e); in besonderem Maße dürfte dies für die deutschen Übersetzungen des BDI und des STAI_{allg}, sowie für den VEV, weniger hingegen für das FPI zutreffen (die Mittelwerte beider UG auf der Skala 9 'Offenheit' bewegen sich hier im Normalbereich).

Bei STAI_{allg}, BDI und dem Unsicherheitsfragebogen (Faktor 'g') ist auch aufgrund mangelnder Reliabilität mit einer statistischen Regression zu rechnen, die allerdings in beiden Klientengruppen gleichermaßen auftreten müßte.

Da jedoch für die gesamte Stichprobe gleiche Instrumentation und gleiche Kriterien erhoben und zu identischen Zeitpunkten gemessen wurden, und weder die Klienten beider UG über Informationen darüber verfügten, welcher Behandlungsgruppe sie angehörten noch die Rater (des EaI- und EXP-Ratings) wußten, welche Klienten aus welcher Stichprobe sie einschätzten, ist nicht mit einer Gefährdung der Internen Validität, d.h. damit zu rechnen, daß die von uns festgestellten Gruppenunterschiede hinsichtlich definierter Kriterien in Wirklichkeit auf eine Verfälschung der Messung zurückzuführen sind.

5. IMPLIKATIONEN FÜR DIE THERAPEUTISCHE PRAXIS

Im Rahmen dieses Abschnittes wollen wir uns stärker mit den praktischen Konsequenzen unseres Projektes für die therapeutische Praxis befassen. Speziell geht es uns hier darum, projektbezogene Erfahrungen und Überlegungen mitzuteilen, die für Therapeuten, die in diesem Bereich der Psychotherapie stärker arbeiten möchten, nützlich sein könnten.

Wir untergliedern unsere Überlegungen in drei thematische Schwerpunkte: in

- (1) Eindrücke und Erfahrungen aus dem Therapeutentraining
- (2) Erfahrungen aus dem Rating des EXP und der EaI
- (3) Überlegungen zur sinnvollen Verwendung von EaI, den damit verbundenen Auswirkungen auf die Klienten sowie den spezifischen Anforderungen an Therapeuten.

(1) Zentralen Stellenwert innerhalb der Therapeuten-Ausbildung besaßen (a) das Wahrnehmungstraining, und (b) die Selbsterfahrung der Teilnehmer auf der Grundlage gestalttherapeutischer Ansätze und Interventionen.

Anhand der Reaktionen der teilnehmenden Juniorthérapeuten sowie der eigenen Erfahrungen des Verfassers wurde zunehmend deutlicher, welche grundlegende Funktion diesen beiden Elementen im gesamten Trainingszusammenhang zukam: die Schaffung von Voraussetzungen für die Verwendung von EaI in Form einer Verbesserung der Außenwahrnehmung sowie des intensiven Selbsterlebens.

Im Verlauf der gesamten Trainingsarbeit stellte sich allerdings eine immer größere Skepsis beim Verfasser der Arbeit ein, ob diese Art der Trainingsdurchführung - wie wir sie vorgenommen haben - wirklich sinnvoll sei. Diese Zweifel haben zum einen mit der Zahl der von den Therapeuten zu realisierenden EaI zu tun, zum zweiten mit dem relativ

kurzen Trainingszeitraum, und drittens mit der besonderen Schwerpunktsetzung auf das kontextunabhängige (d.h. aus dem Theorie- und Praxisrahmen der Gestalttherapie weitgehend herausgelöste) Eintrainieren ("Skill-Training") dieser Interventionen.

Aus dem Ziel des Trainings, nämlich zu lernen, sich und andere bewußter wahrzunehmen und eigenes bzw. fremdes Erleben zu vertiefen, entwickelte sich eine Situation, die durch zwei - augenscheinlich miteinander unvereinbare - Gesichtspunkte gekennzeichnet war:

- zum einen standen die Aspekte einer zeitlichen Planung mit den damit verbundenen Einschränkungen sowie der Wunsch des Verfassers, die EaI tatsächlich auch zu "beherrschen", im Vordergrund;
- zum anderen erwies sich eine Arbeitsatmosphäre, in der das Gewährenlassen des einzelnen (i.S. eines größeren individuellen Entscheidungsfreiraumes) sowie die Entwicklung von Beziehungen der Teilnehmer untereinander als unumgänglich.

Die Tatsache, daß jeder der Therapeuten der EG die EaI auch wirklich innerhalb der von ihm durchzuführenden Behandlungen realisieren sollte, trug wesentlich zum anfänglichen Leistungsdruck und zeitweiligen Wunsch der Teilnehmer bei, sich intensiven Arbeitssitzungen 'zu entziehen'.

Darüber hinaus führte die große Anzahl der ursprünglichen - und später drastisch reduzierten - Indikationen innerhalb des von uns verfaßten TRAININGSMANUALS dazu, das Ausmaß an Unsicherheit und Überforderung der Teilnehmer zu erhöhen. Wir halten statt dessen zwei alternative Modelle der Ausbildung für sinnvoll(er), wobei vorausgesetzt ist, daß dem Faktor 'Zeit' genügend Rechnung getragen wird:

1. ein gezieltes Training, in dem es nur um die Aneignung einer einzigen (komplexeren) EaI geht (z.B. Awareness-Kontinuum, 'Focusing-Übung' oder 'Innerer Dialog'), oder

2. eine Ausbildung, in der nicht nur einzelne - aus ihrem ursprünglichen Kontext herausgelöste (sog. Gestalt-Methodologie) EaI "eingeübt" werden, sondern in der die Teilnehmer stärker mit den theoretischen und praktischen Grundlagen der Gestalttherapie vertraut gemacht werden und lernen, aus diesem Kontext heraus die verschiedenen Methoden anzuwenden:

"Ein ausgezeichneter Ansatz, Schüler in Gestalt auszubilden, besteht darin, sich ihres eigenen Körpers und ihrer eigenen Reaktionen gewahr werden zu lassen. Ich finde dieses Vorgehen sehr viel besser als den umgekehrten Ansatz, dem Schüler nämlich erst Gestalttechniken beizubringen und dann - nachdem er ein Techniker geworden ist - ihn zu lehren, wie man intuitiv wird. ... Er wird dann seine eigenen Techniken erfinden, oder sich die Techniken anderer in einer natürlichen und organischen Art einverleiben" (MARCUS, 1979, S. 48).

Im Rahmen unseres Trainingsprogrammes scheint sich bewährt zu haben:

- die optische 'Aufbereitung' des Trainingsmanuals
- die Untergliederung der Manualinhalte (die einzelnen EaI I - V) in: Ablauf, Ziel/Funktion, Indikationshinweise, Auswertungshinweise und Durchführungshinweise;
- die Durchführung des Trainings in den w.o. (S. S. 184 ff.) beschriebenen Einzelschritten, die Vergabe von 'Hausaufgaben' sowie die Planung der zeitlichen Zwischenräume von drei Tagen bis zu zwei Wochen zwischen den einzelnen Lernschritten;
- die selbsterfahrungsbezogenen Teile des Trainings, das Wahrnehmungstraining sowie die (verglichen mit der KG) stärker gestalttherapeutisch und selbsterfahrungsorientierte Supervision;
- eine Reduzierung der Indikationen innerhalb des Manuals auf einige zentrale Indikations-'Leitlinien'.

Mit dem eigentlichen Beginn des Behandlungszeitraumes konnten wir bei den Juniortherapeuten ein zunehmendes 'Abschleifen' der EaI beobachten, insbesondere in Abhängigkeit von der Dauer ihrer Verwendung (so trat z.B. dieser Prozess

sehr schnell bei den 'Sprach-Spielen' ein). D.h. mit der Häufigkeit der Verwendung von EaI und einhergehend mit der Dauer der Behandlung erlahmte das Interesse und Engagement der EG-Therapeuten spürbar und mußte im Rahmen der wöchentlichen Supervisionssitzungen 'aufgefrischt' werden.

Von großer Bedeutung erscheint uns, daß die EaI von einer Reihe der EG-Therapeuten unsicher und ohne bestimmenden Impetus an den Klienten herangetragen wurden, so daß diese wahrscheinlich an Wirkungskraft einbüßten.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll gewesen

- die Dauer der gesamten Behandlung (aus den auf S.256 genannten Gründen) auf eine größere Zahl von Gesprächskontakten auszudehnen
- die Videoarbeit auch auf die behandlungsbegleitende Supervision zu übertragen bzw. dort gezielt einzubeziehen.

(2) Im Anschluß an das Rating teilten uns die Ratingteilnehmer ihre Eindrücke über den Ablauf der Erlebnisaktivierenden Interventionen mit. Dabei traten wiederholt einige Beobachtungen auf, die wir als ergänzende Information kurz wiedergeben wollen:

- Unmittelbar vor Beginn einer Intervention ließ die Qualität der Verbalisation nach (oft lange Phasen von "Hm, Hm" beim Therapeuten). Von den Ratern wurde die Einführung der erlebnisaktivierenden Intervention dann als sprunghafte Verhaltensänderung erlebt - mit dem "Begleiteffekt", daß der Beginn der Intervention leicht lokalisiert werden konnte.
- Dagegen war am Ende der Intervention der Übergang in den Klientenzentrierten Gesprächsverlauf allgemein fließend.
- Mit zunehmender Verwendung wurde Intervention I (Umformulierung des sprachlichen Ausdrucks) von Therapeut und Klient merklich oberflächlicher und mechanischer gehand-

habt. Stellenweise geriet sie auch zu einer 'Konvention' (in zwei Fällen wurde berichtet, daß sich der Klient für den wiederholten Gebrauch des Wortes "man" beim Therapeuten entschuldigte).

- Die Interventionen II und III (Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit bzw. Intensivierung von Empfindungen) fügten sich relativ harmonisch in den Therapieablauf ein.
- Innerhalb der Rollenspiele von Intervention V (Innerer Dialog) wurden auch häufig andere Interventionen kombiniert eingesetzt.
- Viele Rater empfanden den Therapeuten besonders dann unsicher, wenn eine EaI vom Klienten nicht erwartungsgemäß aufgegriffen wurde: Der Therapeut schwankte zwischen klientenzentrierter Verbalisation zur Aufarbeitung der Klientenreaktion und direkteren Verhaltensweisen (wie z.B. Überredung auf Kosten von Wärme und Transparenz), um den Klienten zur Durchführung der Intervention zu bewegen.

(3) Aus den empirischen Ergebnissen unserer Untersuchung wollen wir hier einige praktische Empfehlungen für den wirksamen Umgang mit EaI ableiten:

Wie wir bereits w.o. (s. dazu S. 278) festgestellt haben, deutet sich bei der Verwendung von EaI in Kombination mit einem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen eine ambivalente Wirkung an:

So zeichnen sich zwar in den Therapien, in denen EaI verwendet wurden (EG) die Klienten durch ein höheres EXP-Niveau aus, zugleich erleben diese aber ihre Beziehung zum Therapeuten - zeitweilig - weniger positiv als Klienten, deren Therapeuten rein gesprächspsychotherapeutisch arbeiteten (KG). - Eine solche ambivalente Auswirkung führt uns zu der Frage:

"Wo lassen sich beim Einsatz von EaI belastende Momente für die vom Klienten definierte therapeutische Beziehung lokalisieren?"

D.h., ist eine Belastung der therapeutischen Beziehung per se unumgänglich bei der Verwendung der EaI, oder läßt sie sich verringern oder gar vermeiden durch eine Reduzierung der Verwendungshäufigkeit von EaI?

"Erlebnisaktivierende Methoden sollten (daher) sparsam angewendet werden, damit nicht mehr in Bewegung gerät, als in der Therapiesituation selbst verarbeitet werden kann" (PAVEL, 1978, S. 88).

Oder durch eine stärkere und 'gelungenere' Integration der EaI in den gesprächspsychotherapeutischen Kontext?

Wenn aus dem Einsatz von EaI per se eine Belastung der therapeutischen Beziehung (und daraus eine Einschränkung der therapeutischen Effizienz) hervorginge, dann wäre jede Gestalttherapeutische Behandlung - aus deren 'Repertoire' ja die von uns verwendeten erlebnisaktivierenden Interventionen hervorgehen - etwa durch mangelndes Vertrauen des Klienten gegenüber dem Therapeuten gekennzeichnet. Eine solche Annahme ist nicht durchgängig haltbar, wenngleich spezielle Gefahren aus der Kenntnis der Wirksamkeit von erlebnisaktivierenden Gestalt-Techniken entstehen können:

So weist FAGAN (1970) darauf hin, daß das therapeutische Instrument auf Kosten von Empathie und Echtheit mißbraucht wird, - nicht zuletzt dadurch, wenn von solchen Methoden in zu starkem Maße Gebrauch gemacht wird, der Klient für das intensive Erleben längst begrabener Gefühle 'geöffnet' und anschließend in der Phase, in welcher dieser in besonderem Maße verletzlich ist, ohne angemessene Unterstützung zurückbleibt.

Wenn also überhaupt den EaI eine spezifische Wirkung auf den Klienten zugeschrieben werden kann, dann ließe sie sich am ehesten in Zusammenhang mit dem konfrontativen Charakter der EaI bringen.

In welcher Weise und in welchem Ausmaß Klienten diese Auswirkung erfahren, wurde durch den Merkmalsbereich "Bedrängnis" zu beschreiben versucht. Da sich aber zwischen den Merkmalsbereichen "Bedrängnis" und "Beziehung zum Therapeu-

ten" auf der Basis der in unserer Untersuchung beobachteten Ausprägungen kein linearer Zusammenhang nachweisen läßt, scheint die Belastung der "Beziehung zum Therapeuten" weitgehend ein integrationsspezifisches Problem zu sein. Dabei kristallisieren sich drei Fragestellungen heraus:

1. Bedingt durch ihren punktuellen Einsatz erhalten die EaI eine andere Interventions-'Qualität' als im Rahmen einer 'reinen' Gestalttherapie.
2. Der Wechsel des therapeutischen 'Stils' bewirkt eine Verunsicherung des Klienten, da das Verhalten des Therapeuten für ihn weniger vorhersehbar wird und ihn dadurch zu einer Art fortdauernder Neuadaptation an die therapeutische Situation zwingt bzw. veranlaßt.
3. Der Einsatz von EaI führt zu einer Rückwirkung auf das klientenzentrierte Basisverhalten des Therapeuten, etwa zu einer Verminderung der gesprächspsychotherapeutischen Einstellungs- und Verhaltensanteile (vgl. ESSER, 1979, S. 12).

Besonders die beiden letztgenannten Aspekte (2 und 3) implizieren, daß im Kontext einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie die Verwendung erlebnisaktivierender Interventionen erhöhte bzw. veränderte Anforderungen an den Therapeuten stellt: Es reicht nicht (mehr) aus, daß der Therapeut die verschiedenen Elemente der GPTH und GEST (EaI) beherrscht, sondern es wird für ihn unumgänglich, einen eigenständigen, integrativen therapeutischen Stil zu entwickeln, der eine gelungene Synthese dieser Richtungsanteile darstellt:

Kriterien, die das Gelingen einer Integration erfassen, sind z.Zt. noch nicht genügend operationalisiert; d.h. es fehlt im Augenblick noch an konkreten Verhaltensvorschlägen und Einstellungsempfehlungen für den Therapeuten. An ihrer Stelle wollen wir hier Empfehlungen formulieren, die eher auf subjektivem 'Für-richtig-halten' als auf empirisch gesicherte Ergebnisse basieren:

- Es ist für einen erlebnisaktivierend und integrativ arbeitenden Therapeuten von grundlegender Bedeutung, den "Überblick" zu behalten: d.h. angesichts des komplexeren Handlungsmodelles sowie der vermehrten Reaktionsalternativen darf der Therapeut den Klienten und seine aktuelle Beziehung zu ihm und umgekehrt nicht aus dem Auge verlieren.
- Der Therapeut sollte die Intentionen, die er mit der Verwendung bestimmter EaI verfolgt, dem Klienten transparent machen, um zu verhindern, daß der weitere Verlauf des therapeutischen Prozesses für diesen undurchschaubarer und unvorhersehbarer wird.

Die vorangegangenen Überlegungen berühren auch ein zentrales methodisches Problem der vorliegenden Arbeit: die Erkenntnis, daß ein integratives erlebnisorientiertes Vorgehen nicht als eine Aneinanderreihung von gestalttherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Elementen verstanden werden kann (vgl. ESSER, 1979), sondern über die 'Nahtstellen' hinaus Wechselwirkungen anzunehmen sind, veranlaßt uns, nachfolgende Überlegungen besonders zu betonen:

Überall dort, wo in der vorliegenden Untersuchung die Variable 'EaI' vergleichend herangezogen wurde, steht zu vermuten, daß hier auch ihre vielfältigen Wechselwirkungen mit dem therapeutischen Basisverhalten (GPTH) involviert waren (vgl. dazu BELLENDORF, GROß und NEUDENBERGER, 1981): so kann beispielsweise die beschriebene Beeinträchtigung der "Beziehung zum Therapeuten" nicht ausschließlich bzw. unmittelbar durch die EaI, sondern eben auch durch die Vernachlässigung von 'einfühelndem Verstehen' (VEE) bedingt sein.

6. WEITERE FORSCHUNGSFRAGEN

Angeichts der zahlreichen in unserer Untersuchung angeschnittenen Fragestellungen und deren gegenwärtig noch unbefriedigenden Beantwortung stellte sich für den Verfasser der vorliegenden Arbeit die Frage, in welche Richtung sich eine an praktischer Ausübung, theoretischer Fundierung, empirischer Überprüfung sowie den damit zusammenhängenden meßmethodischen Aspekten einer 'Integrativen erlebnisorientierten Therapiepraxis' orientierte Forschung bewegen sollte.

Bezogen auf die Praxis integrativer Therapie teilen wir die bei BOMMERT (1981) vertretene sowie von WACHINGER u.a. in: WILD-MISSONG/TEUWSEN (1977) betonte 'Interimslösung', zunächst einmal ohne übergreifende Theoriebildung für derartige Methoden'kombinationen' auszukommen, denn wie wir im Rahmen unserer Untersuchung zeigen konnten, wirkt sich eine Verknüpfung von GPTH und EaI aus dem Kontext der GEST hilfreich auf Klienten aus, selbst wenn (wie im THEORIETEIL aufgezeigt) noch theoretische Widersprüchlichkeiten bestehen bleiben.

Wir wiesen bereits an anderer Stelle (vgl. hierzu insbesondere die Abschnitte II. 5.1. und 5.2. sowie ESSER, 1979) daraufhin, daß die bisher vorliegenden theoretischen Konzeptionen nicht als ausreichend und angemessen angesehen werden können, dem Therapeuten eine verbindliche und konkrete therapeutische Rationale, insbesondere hinsichtlich situationsspezifischer Indikationen, zu vermitteln. Auf der anderen Seite ist - wie dies BELLENDORF et al. (1981) zutreffend feststellen, der Versuch, dem integrativ vorgehenden Therapeuten ein 'Regelsystem' an die Hand zu geben, keine 'ultima ratio', sondern wohl eher ein scheinbarer Ausweg aus dem beschriebenen Dilemma; eine solche Orientierung könnte mögliche Vorteile, die man sich aus

dem integrativen Ansatz aus GPTH und EaI verspricht, aus zwei Gründen wieder aufheben:

1. Anstrengungen zur Entwicklung eines Systems von Handlungs- und Entscheidungsregeln, in welcher Situation bzw. bei welchem Klienten ein Therapeut durch eine definierte Intervention zu einem bestimmten Ziel gelangen kann, lassen zugleich fraglich erscheinen, ob ein solches System auch in der konkreten therapeutischen Situation praktikabel ist.

Unsere Erfahrungen mit dem - immerhin reduzierten - Indikationskatalog innerhalb des TRAININGSMANUALS sowie die Reaktionen der betroffenen Therapeuten lassen uns an der Sinnhaftigkeit und Praktikabilität solcher differenzierten Regeln zweifeln. Sie implizieren eine extensive 'Kopfarbeit' der Betroffenen und tragen zur Labilisierung der ohnehin störanfälligen therapeutischen Rationale bei.

2. Wird u.E. der Therapeut in seiner Bereitschaft und Möglichkeit, auf (unvorhergesehene) Änderungen im Erleben des Klienten und in der therapeutischen Situation flexibel zu reagieren, durch ein relativ fixes Regelsystem eingeschränkt.

Ein überschaubares und zu handhabendes Indikationssystem sollte sich einerseits am Erleben des Klienten orientieren, zum anderen auch dessen besondere individuelle Merkmalsausprägungen berücksichtigen. Besonders wichtig scheint uns die Notwendigkeit, hier "Freiräume" zu lassen, in denen der Therapeut mit sich selbst und mit seinem Klienten 'experimentierend' arbeiten kann und ausdrücklich darf.

In bezug auf die - empirische - Abklärung der Auswirkungen des erlebnisorientierten Ansatzes auf Erleben und Verhalten eines Klienten halten wir es für unumgänglich, gezieltere Untersuchungen zu planen, in denen einzelne spezielle EaI einer näheren Begutachtung unterzogen werden

(etwa in der Art, wie es in der Studie von HAMPRECHT und SULEIMAN, 1979, versucht wurde).

Wie wir innerhalb der Auswertung unserer Arbeit zeigten, verdient das Phänomen der "Bedrängnis des Klienten durch den Therapeuten" - das sich entgegen unseren Erwartungen durchaus mit konstruktiven Veränderungen von Klienten als kompatibel erwies - besondere Aufmerksamkeit in zukünftigen Untersuchungen, besonders im Hinblick auf längerfristige Effekte.

Wir wollen - der Vollständigkeit halber - noch einmal darauf hinweisen, daß in unserer Arbeit und unter Berücksichtigung ihres explorativen Charakters eine befriedigendere Beantwortung von Indikationsfragen auf der Strecke bleiben mußte.

Hier wäre auf jeden Fall vonnöten, der empirischen Überprüfung sowohl symptom- als auch situationsbezogener Indikations-Fragestellungen nachzugehen, etwa durch den gezielten Vergleich definierter Klientengruppen.

Das kann zum einen dadurch geschehen, daß - wie in unserem Fall - reine GPTH mit integrativen Behandlungsformen vergleichend empirisch untersucht, aber auch dadurch, daß derartige vergleichende Studien zwischen dem klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Ansatz einerseits und dem gestalttherapeutischen andererseits angelegt werden, um nähere Auskünfte darüber zu erlangen, welche gemeinsamen bzw. differierenden Indikationen vorliegen (vgl. dazu die Untersuchung von GRAWE und PLOG, 1976), bzw. welches Behandlungsspektrum jede der beiden therapeutischen Ansätze abdeckt. In eine solche Richtung zielen auch Studien aus jüngerer Zeit (vgl. BRUNINK und SCHROEDER, 1979; ZIMMER und HAKSTIAN, 1972; SHUGER, 1977), die sich mit taxonomischen Vergleichen zwischen dem klientenzentrierten und dem gestalttherapeutischen Ansatz befassen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient der Bereich der Meßmethoden im Kontext empirischer Untersuchungen zur Erlebnisorientierten therapeutischen Praxis. Unserer Auffassung nach - wir haben dies auch versucht, innerhalb unserer Ausführungen zum Konzept der 'Katharsis' näher zu begründen (vgl. II. 7.2. und 7.3.) - geht eine Wirkungsforschung in diesem Bereich, die sich allein oder überwiegend an dem EXP-Konstrukt sowie der daraus abgeleiteten EXP-Skala zur Einschätzung der Erlebenstiefe orientiert, am besonderen Charakter und den spezifischen Auswirkungen einer "integrativen therapeutischen Praxis" vorbei, in der mindestens gleichberechtigt neben der verbal-kognitiven Ebene der körperlich-somatische Aspekt des Klientenerlebens steht. Das bedeutet im einzelnen, daß

- EXP-Einschätzungen anhand von Tonbändern einer Erweiterung in Form der Hinzuziehung der visuellen Ebene bedürfen;
- zur Erfassung von emotional-somatischen (körperlichen und kathartischen) Prozessen non- und paraverbal ausgegerichtete Meß- und Beobachtungsinstrumente entwickelt werden müßten;
- Fragebogen und Meßinstrumente zu entwickeln sind, die in spezifischerer Weise als bislang Therapeuten- und Klientenprozesse innerhalb eines integrativen Ansatzes zu erfassen imstande sind. Wir verweisen hier auf die Untersuchung von TEEGEN et al. (1980), in der diesen Überlegungen in Ansätzen Rechnung getragen wurde.

Wir sind - zum Schluß - der Auffassung, daß auch von dieser Seite - nämlich der empirischen 'Exploration' und Evaluation des Gegenstandes 'Integrative erlebnisorientierte therapeutische Praxis' - es zu Impulsen und neuen Aspekten für eine 'Dachtheorie' kommen kann, in die als wesentliches Bestimmungsstück das explikative Modell der emotional-kognitiven und -somatischen Katharsis für die Wirkung einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen eingebettet ist.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Mit der Anfertigung der vorliegenden Arbeit verfolgten wir zwei Ziele:

1. Im Rahmen eines theoretischen Teiles den Entwicklungshintergrund erlebnisorientierter Therapieansätze sowie gegenwärtige Richtungen darzustellen, und die aus dieser neuen Entwicklung entstehenden spezifischen Schwierigkeiten in praktischer und theoretischer Hinsicht zu analysieren und diskutieren, sowie ein neues explikatives theoretisches Rahmenmodell für eine kombinierte Praxis von Klientenzentrierter Psychotherapie und der Verwendung von Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem gestalttherapeutischen Kontext und den damit bewirkten spezifischen veränderungsrelevanten Klientenprozessen vorzustellen;
2. den kurz- und langfristigen Erfolg zweier Behandlungsformen, nämlich einer Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie sowie einer Kombination aus Klientenzentriertem Vorgehen und Erlebnisaktivierenden Interventionen aus dem Kontext der Gestalttherapie mittels einer kontrollierten klinischen Untersuchung empirisch zu überprüfen.

Insbesondere ging es hier darum, zu klären, welche Bedeutung sog. Erlebnisaktivierende Interventionen ('EaI') im Hinblick auf die Vertiefung des - veränderungsrelevanten - Prozess- und Situationsmerkmals 'Experiencing' (d.h. Selbsterleben des Klienten) sowie auf Behandlungsverlauf (Einzelkontakt-Fragebogen) und -erfolg (Vorher-/nachher-Veränderung) beizumessen ist.

Zu diesem Zweck wurden 45 Klienten mit psychoneurotischer Symptomatik in eine 'Experimentalgruppe (EG)' (N = 22) und eine 'Kontrollgruppe (KG)' (N = 23) aufgeteilt. Jeweils 10 gesprächspsychotherapeutisch ausgebildete studentische

Therapeuten in jeder Untersuchungsgruppe ('UG') führten mit je zwei Klienten 10 Einzelgespräche à 45 Minuten Dauer, in denen die Therapeuten entweder (KG) ein rein gefühlsverbalisierendes klientenzentriertes Behandlungskonzept, oder (EG) ein therapeutisches Verhalten realisierten, das aus einer Kombination von Klientenzentriertem gesprächspsychotherapeutischem Vorgehen und 6 variabel einzusetzenden 'EaI' aus dem gestalttherapeutischen Kontext bestand.

Mithilfe der Verwendung unterschiedlicher und z.T. neuentwickelter Meßverfahren auf den drei Ebenen der Situations- sowie der Therapieverlaufs- und -erfolgsmessung wurde versucht, möglichst umfassende Aussagen über Art, Ausmaß und Generalisierbarkeit der Behandlungseffekte dieser beiden Behandlungsmodi vorzunehmen.

Beide Formen psychotherapeutischer Behandlung führten zu positiven Auswirkungen auf Erleben und Verhalten der Klienten während und nach Beendigung der Behandlung.

Jedoch weisen besonders die Befunde der 'Experiencing'-Messung auf die signifikant positiveren Auswirkungen des von den Therapeuten der EG realisierten Verhaltens auf das 'Selbsterleben' der Klienten hin: d.h. das durchschnittliche 'Experiencing'-Niveau der EG (Gesamttherapiezeitraum) ist signifikant höher als innerhalb der KG und steht in Zusammenhang mit den mittleren Gesprächskontakten ('Arbeitsphase'), in denen die Therapeuten der EG zunehmend häufiger 'EaI' in das klientenzentrierte Vorgehen einbeziehen. Hier stellte sich besonders das Zusammenwirken von 'Klientenzentrierter gesprächspsychotherapeutischer Kompetenz' der Therapeuten (der EG) und ihrer Verwendung von EaI als wesentliche Bedingung für eine Intensivierung des Selbsterlebens der Klienten heraus.

Der in früheren Untersuchungen festgestellte Zusammenhang zwischen der Klientenvariable 'Selbsterleben' ('Experiencing') und dem Therapie-Erfolg konnte in unserer Untersuchung nicht nachgewiesen werden.

Die quantitative und qualitative Analyse der Daten der Therapie-Verlaufsmessung ergab, daß in Abhängigkeit vom jeweiligen Therapeutenverhalten in EG bzw. KG sich auch bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen der Klienten verändern: so sind die Gesprächskontakte innerhalb der EG - gegenüber der KG - in signifikant größerem Ausmaß von der 'Aktivität' der Therapeuten sowie der 'Erlebnisaktivierung' der Klienten gekennzeichnet, insbesondere in den mittleren Kontakten (5, 6 und 7), das therapeutische Geschehen innerhalb der KG hingegen von einer Arbeitsatmosphäre, in der die Klienten mehr Raum und Zeit für eine ausführliche(re) Selbstreflexion zur Verfügung haben.

Die in den mittleren Gesprächen von den Klienten der EG eher als 'konfrontativ' und 'bedrängend' erlebten Therapeutenverhalten sowie das als 'intensiv' und z.T. subjektiv 'bedrohlich' beurteilte therapeutische Geschehen weicht in den letzten drei Gesprächen einer veränderten, d.h. positiven Einschätzung des aktiveren und intensiveren Therapeutenverhaltens - nicht zuletzt in Abhängigkeit von einer Verminderung des erlebnisaktivierenden Therapie'anteiles'.

Zugleich legte die Analyse der Befunde sowohl aus der Verlaufs-(SBK-Daten) sowie der Situations-('Experiencing')-Messung nahe, daß das von den Klienten der EG stärker als 'bedrängend' und 'konfrontativ' erlebte Therapeutenverhalten nicht nur als 'kompatibel' mit einem hohen Niveau des Selbsterlebens, sondern auch als 'förderlich' anzusehen ist.

Beide therapeutischen Behandlungsansätze führten zu einer deutlichen Verringerung von nervöser Gespanntheit und Depressivität und einem größeren Ausmaß an Gelassenheit, Vertrauen und Optimismus.

Die genannten positiven Veränderungen zwischen den Meßzeitpunkten vor bzw. nach der Behandlung fielen innerhalb der EG zahlreicher und ausgeprägter als in der KG aus, wenngleich nur wenige Unterschiede zwischen beiden Untersuchungsgruppen statistisch signifikant sind.

Unter Einbeziehung der empirischen Befunde der vorliegenden Untersuchung und ihrer Interpretation, als auch weiterer theoretischer und praktischer Überlegungen wurden die eingangs formulierten Fragestellungen der empirischen Untersuchung von uns beantwortet.

Der Diskussion der Gültigkeit der empirischen Befunde folgt die Ableitung projektbezogener Folgerungen und Empfehlungen für eine kombinierte erlebnisorientierte therapeutische Praxis - wie sie von uns eingeführt wurde.

Kritische Überlegungen im Hinblick auf eine weiterführende zukünftige theoretische und empirische Forschungstätigkeit bilden den Schluß der vorliegenden Arbeit.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

- ARNOLD, M.B.; Emotion and Personality. New York 1960, 178-79
- AUCKENTHALER, A.; Möglichkeiten der Evaluation von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie in der Praxis. Referat Kongr. f. Klin. Psychol. und Psychotherapie, Berlin, Februar 1980
- BARRETT-LENNARD, G.-T.; Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. Psycholog. Monogr. 76, Whole No. 562, 1962
- BARRILEAUX, S.P. and BAUER, R.H.; The Effects of Gestalt Awareness Training On Experiencing. International Journal of Group Psychotherapy, Vol. 26 (4), 1976, 431-440
- BARTLING, G.; Zum kurz- und langfristigen Erfolg zweier Variationen einer Reizüberflutungstherapie. Eine kontrollierte klinische Untersuchung zur Behandlung von multiplen Situationsphobien. Dissertation, Universität Münster. Münster 1978
- BARTLING, G., FIEGENBAUM, W. & KRAUSE, R.; Reizüberflutung - Theorie und Praxis, Stuttgart 1980
- BASTINE, R.; Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In: JANKOWSKI et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie Heute, Göttingen 1976, 193-207
- BASTINE, R.; Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie. In: SCHRAML, W.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie I. Bern 1970, 523-562
- BECK, A.T.; Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects, New York 1967
- BECK, A.T. & BEAMESDERFER, A.; Assessment of depression: The Depression Inventory. In: PICHOT, P. (Ed.), Psychological Measurements in Psychopharmacology (Modern Problems in Pharmacopsychiatry, Vol. 7), Basel 1974, 151-169
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J.; An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 1961, 561-571
- BEISSER, A.; A paradoxical theory of change. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.) Gestalt therapy Now., New York 1976, 77-80

- BELLENDORF, E., GROSS, A. & NEUDENBERGER, W.; "Experiencing" und "Therapiebeurteilung durch den Klienten" als Variablen einer erlebnisorientierten Therapiepraxis. Unveröff. Diplomarbeit, Münster 1981
- BELSCHNER, W.; Ein empirischer Beitrag zur Konstruktion des Foto-Hand-Tests. Phil. Diss., Freiburg i.Br. 1969
- BENSE, A.; Erleben in der Gesprächspsychotherapie: Die Experiencing-Theorie Gendlins in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, Weinheim/Basel 1977
- BENSE, A.; Experiencing (Erleben). In: GRUNWALD, W. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Gesprächspsychotherapie, München 1979a, 90-103
- BENSE, A.; Focusing (Zentrieren). In: GRUNWALD, W. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Gesprächspsychotherapie, München 1979b, 104-110
- BEREITER, C.; Some persisting dilemmas in the measuring of change. In: HARRIS, C.W. (Ed.): Problems in measuring change. Univ. of Wisconsin, Madison 1963, 3-20
- BERGIN, A.E.; The Evaluation of Therapeutic Outcomes. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York 1971, 217-270
- BERGOLD, J.B.; Forschung in der Verhaltenstherapie. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie II. Bern 1974, 245-285
- BIERMANN-RATJEN, E., ECKERT, J. & SCHWARTZ, H.-J.; Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart 1979
- BIRBAUMER, N. (Hrsg.); Psychophysiologie der Angst, München 1977
- BLASER, P., GEHRING, A. & PÜLDINGER, W.J.; Toward a measurement of depressive symptoms. International Psychiatric Clinic, 1969, 627-652
- BLASER, P., LOEW, D. & SCHÄUBLIN, A.; Die Messung der Depressionstiefe in einem Fragebogen. Psychiatria Clinica, 1, 1968, 299-319
- BÖDIKER, M.-L. & LANGE, W.H.; Gruppendynamische Trainingsformen, Hamburg 1975

- BOHART, A.C.; Roleplaying and the Reduction of Interpersonal Conflict. Diss. Abstr. Intern., Vol. 33 (1-B), (July) 1972, 435-436
- BOMMERT, H.; Zur Problematik der Lerntheorie als Bezugsrahmen Klientenzentrierter Verhaltensmodifikation. Informationsblätter der GwG e.V. 13, 1973, 1-9
- BOMMERT, H.; Der therapeutische Prozeß unter dem Gesichtspunkt des Lernens. In: GwG (Hrsg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München 1975a, 75-85
- BOMMERT, H.; Einige Gesichtspunkte zur empirischen Erfassung und Bedeutung des Experiencing-Konzepts. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 117-126
- BOMMERT, H.; Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart 1977 (3. Auflage 1981)
- BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D.; Experimentelle Untersuchung zu einer deutschen Fassung der Experiencing-Skala. Unveröff. Manuskript, Psychol. Inst. der Univ. Münster, Münster 1974
- BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hrsg.); Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie, München 1978
- BOMMERT, H., DAHLHOFF, H.-D. & ESSER, P.; Kritische Anmerkungen zur Theorie und Praxis der Konzepte und Methoden des Selbsterlebens. In: BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hrsg.): Erleben in der Psychotherapie. München 1978, 189-198
- BRADLEY, J.V.; Distribution - free statistical tests Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1968
- BROWN, M.; The New Body Psychotherapies. Psychotherapy 10, 1973, 98-116
- BRUNINK, S.A. and SCHROEDER, H.E.; Verbal therapeutic behavior of expert Psychoanalytically oriented, Gestalt, and Behavior therapists. J. Consult. and Clin. Psychol., 1979, Vol. 47, No. 3, 567-574
- CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C.; Experimentelle und Quasi-experimentelle Anordnungen in der Unterrichtsforschung. Deutsche Bearbeitung von SCHWARZ, E. In: INGENKAMP, K. & PAREY, E. (Hrsg.): Handbuch der Unterrichtsforschung, Teil 1. Weinheim 1970
- CARKHUFF, R.R.; Helping and Human Relations. Vol I/II. New York 1969

- CLAUSS, G. & EBNER, H.; Grundlagen der Statistik, Zürich und Frankfurt a.M. 1975
- COCHRANE, C.T. & HOLLOWAY, A.J.; Client-Centered Therapy and Gestalt Therapy: In Search of a Merger. In: WEXLER, D.A. & RICE, L.N. (eds.): Innovations in Client-Centered Therapy. New York 1974, 259-287
- CUSTERS, A.; Experiencing in the Therapeutic Process. Psychologica Belgica 13, 2 (1973), 125-138
- DAHLHOFF, H.-D. & BOMMERT, H.; Eine deutsche Fassung der Experiencing-Skala. Beitrag zum 4. Symposium für Gesprächspsychotherapie. Zürich 1975. Unveröff. Manuskript. 2. überarbeitete Fassung. Psychologisches Institut der Univ. Münster, Münster 1975
- DAHLHOFF, H.-D. & BOMMERT, H.; Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala. In: BOMMERT, H., DAHLHOFF, H.-D.: Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München 1978, 63-128
- DARGEL, E.; Überlegungen zur Verwendung gestalttherapeutischer Elemente in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG-info 25, Köln 1976, 17-19
- DÖRNER, K., PLOG, U.; IRREN ist menschlich oder Lehrbuch der PSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE, Wunstorf/Hannover 1978
- DOLLARD, J. & MILLER, N.E.; Personality and psychotherapy, New York 1950
- ECKERT, J.; Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg. Dissertation, Univ. Hamburg 1974
- ENRIGHT, J.B.; An Introduction to Gestalt Techniques. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.); Gestalt Therapy Now. New York 1970, 107-124
- EPSTEIN, S.; Versuch einer Theorie der Angst. In: BIRBAUMER, N. (Hrsg.); Psychophysiologie der Angst, München 1977, 208-266
- ESSER, P.; Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie. Ein Beitrag zu den theoretischen und praktischen Implikationen erlebnisaktivierender Methoden. In: BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hrsg.): Erleben in der Psychotherapy. München 1978a, 129-187

- ESSER, P.; Manual für ein Therapeutentraining in erlebnis-aktivierenden Methoden. Unveröffentlichtes Manuskript, Psychol. Inst. der Univ. Münster 1978 b, (2. neu überarb. und erweiterte Fassung 1980)
- ESSER, P.; Klienten-Fragebogen für eine erlebnisorientierte Psychotherapie: Der 'Stundenbegleitbogen Klient' und der 'Stundenbegleitbogen Therapeut'. Unveröff. Manuskript, Psychol. Inst. der Univ. Münster, 1978 c
- ESSER, P.; Probleme einer Integration von Gesprächs- und Gestalttherapie in Theorie und Praxis. In: GwG-info No. 35, Juli 1979, 8-17
- ESSER, U.; Das "focusing manual" nach E. Gendlin. In: GwG-info No. 31, April 1978, 26-31
- FADIMAN, J. & FRAGER, R.; Personality and Personal Growth, New York 1976
- FAGAN, J.; The Tasks of the Therapist. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.): Gestalt Therapy Now. New York 1970, 88-106
- FAGAN, J. and SHEPHERD, I.L. (eds.); Gestalt Therapy Now. New York 1970
- FAHRENBERG, J., SELG, H. & HAMPEL, R.; Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), Göttingen 1970 (3. ergänzte Aufl., 1978)
- FAZIO, A.F.; Implosive Therapy in the Treatment of a Phobic Disorder. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 7 (1970) 228-232
- FIEGENBAUM, W.; Angst- und Behandlungsverläufe bei der Therapie mit Reizüberflutung, Diss. Universität Münster 1978
- FREUD, S.; Abriß der Psychoanalyse. Das Unbehagen in der Kultur, Frankfurt/M. 1965
- FRANKE, A.; Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 1978
- FREUD, S. & BREUER, J.; Studien über Hysterie, Wien 1895
- FRIEDMAN, L.; A Criticism of Gendlin's Theory of Therapy. Psychotherapy 8 (4), 1971, 256-258
- GENDLIN, E.T., Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. Americ. J. Psychotherapy, 1961, 15, 233-245
- GENDLIN, E.T.; Experiencing and the creation of meaning. New York 1962

- GENDLIN, E.T.; Need for a new type of concept: Current trends and needs in psychotherapy research on schizophrenia. In: Review of Existential Psychology and Psychiatry, 1962, 2, 37-46
- GENDLIN, E.T.; A theory of personality change. In: WORCHEL, P., BYRNE, D.: Personality Change, New York 1964 sowie in: HART, J.T. & TOMLINSON, T.M. (eds.): New Directions in Client-centered Psychotherapy, Boston 1970a, 129-173.
Dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In: BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hrsg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie, München 1978, 1-62
- GENDLIN, E.T.; Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that "illness", Americ. J. Psychotherapy, 1966, 20, 4-16
- GENDLIN, E.T.; The Experiential response. In: HAMMER, E.F. (Ed.): Use of interpretation in treatment. New York 1968, 208-277
- GENDLIN, E.T.; Focusing. Psychotherapy, 6 (1), 1969, 4-15
- GENDLIN, E.T.; Existentialism and Experiential Psychotherapy 1970b. In: HART, J.T., TOMLINSON, T.M. (eds.): New Directions in Client-Centered Therapy, Boston 1970
- GENDLIN, E.T.; A short summary and some long predictions. 1970c. In: HART, J.T., TOMLINSON, T.M. (eds.): New Directions in Client-Centered Therapy, Boston 1970
- GENDLIN, E.T.; Client-Centered and Experiential Psychotherapy. In: WEXLER, D.A. & RICE, L.N. (eds.): Innovations in Client-Centered Therapy, New York 1974, 211-246
- GENDLIN, E.T., BEEBE, J., CASSENS, J., KLEIN, M., OBERLANDER, M.; Focusing Ability in Psychotherapy, Personality, and Creativity. In: SCHLIEN, J.M. (Ed.): Research in Psychotherapy. Vol. 3, Washington D.C. 1968
- GENDLIN, E.T., BERLIN, J.I.; Galvanic skin response correlates of different modes of experiencing Journ. of Clinical Psychol., 1961, 16, 210-213
- GENDLIN, E.T., JENNEY, R.H. & SCHLIEN, J.M.; Counselor Ratings of Process and Outcome. In: Client-Centered Therapy. Journal of Clinical Psychology 1960, 16, 210-13
- GENDLIN, E.T. & RYCHALAK; "Psychotherapeutic Process", Annual Review of Psychology 1970, 21, 155-190

- GENDLIN, E.T. & TOMLINSON, T.M.; Experiencing scale manual.
Univ. of Wisconsin 1960
- GENDLIN, E.T. & TOMLINSON, T.M.; The experiencing scale.
Wisconsin Psychiatric Institute, Univ. of Wisc.
1962
- GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE
(GWG) (Hrsg.); Ergebnisse der GwG-Mitgliederbefragung
April/Mai 1976, GwG-info 25, 1976, 91-97
- GOLDFRIED, M.R.; Systematic desensitisation as training in
self control. J. Consult. Clin. Psychol. 37, 1971,
228-234
- GRAWE, K.; Differentielle Psychotherapie I. Bern 1976
- GREENBERG, L.; Resolving splits: The two chair technique.
Psychotherapy, 1979, 16, 310-318
- GREENBERG, L.S. and CLARKE, K.M.; Differential Effects of
the Two-Chair Experiment and Empathic Reflections
at a Conflict Marker. J. of Counseling Psychology, Vol.
26, No. 1, 1-8, 1979
- GREENBERG, L.S. and HIGGINS, H.M.; Effects of Two-Chair
Dialogue and Focusing on Conflict Resolution.
J. Counseling Psychology, 1980, Vol. 27, No. 3, 221-
224
- GRUNWALD, W. (Hrsg.); Kritische Stichwörter zur Gesprächs-
psychotherapie, München 1979
- HAMPRECHT, M.; Simultanes Video-Feedback in der Gesprächs-
psychotherapie als erlebnisaktivierendes Verfahren
und seine Effekte auf intrapersonelle Kommunikation,
Prozesserfahrungen und Therapieerfolg in der Sicht
des Klienten. Unveröff. Diplomarbeit in Psychologie,
Univ. Hamburg 1979
- HARPER, R.A.; The new Psychotherapies, Englewood Cliffs,
N.J./USA 1975
- HARPER, R.A., BAUER, R., KANNARKAT, J.; Learning Theory
and Gestalt Therapy. American Journal of Psycho-
therapy, Vol. 30 (1), 1976, 55-72
- HART, J.; The Development of Client-Centered Therapy. In:
HART, J. & TOMLINSON, T.M. (eds.), 1970, 3-22
- HARTIG, M.; Probleme und Methoden der Psychotherapiefor-
schung, München 1975
- HEIMANN, R.A. & HEIMANN, H.M.; Nichtverbale Kommunikation
und Psychotherapeutenausbildung. Gruppendynamik 1974,
1, 5, 12-25

- HEINERTH, K.; Erlebnisaktivierende Methoden in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 135-140
- HELLER, K. and MARLATT, G.A.; Verbal conditioning, behavior therapy and behavior change: some problems in extrapolation. In: FRANKS, C.M. (Ed.): Behavior therapy: Appraisal and Status. New York 1969, 569-588
- HETFELD, J. & LAUCKE, I.; Nonverbale Kommunikation im Rahmen gesprächspsychotherapeutischer Intervention: Theoretische Grundlagen, Entwicklung und erste Erprobung eines Trainingsprogrammes an Gesprächspsychotherapeuten. Unveröff. Diplomarbeit in Psychologie, Univ. Münster, Münster 1978
- HOFFMANN, N., SCHÄDRICH, W. & SCHILLER, U.; Diagnostik bei Depressiven. In: HOFFMANN, N. (Hrsg.): Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie, Salzburg 1976, 192-217
- HOGAN, R.A.; The Implosive Technique. Behavior Research and Therapy, 6 (1968), 423-431
- HOGAN, R.A.; Implosively Oriented Behavior Modification: Therapy Considerations. Behavior Research and Therapy, 7 (1969), 177-183
- HUNKEL, G.; Untersuchung zum Zusammenhang spezifischer, insbesondere erlebnisaktivierender therapeutischer Interventionen und dem Klientenprozeßmerkmal "Experiencing". Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Frankfurt/M. 1978
- JANKOWSKI, P., TSCHULIN, D., FIETKAU, H.J., MANN, F. (Hrsg.); Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Ber. I. EuroP-Kongreß f. GT in Würzburg, 28.9.-4.10.1974, Göttingen 1976
- KALLINA, H. & TRÄNKLE, U.; Mathematische und statistische Methoden II. Skript zu Seminar und Vorlesung, Münster 1980
- KAMINSKY, G.; Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation, Stuttgart 1970
- KELEMAN, S.; The Human Ground. Sexuality, Self and Survival. Revised and Expanded Edition. Palo Alto, Cal./USA 1975
- KELLEY, C.R.; Education in Feeling and Purpose, Santa Monica, Cal./USA 1974

- KIESLER, D.J.; Patient Experiencing and succesful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics. J. of Consult. and Clinical Psychol., 37 (1971), 370-385
- KIRCHNER, F.-Th., KISSEL, E., PETERMANN, F. & BÖTTGER, P.; Interne und Externe Validität empirischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychitherapieforschung, Weinheim 1977, 51-149
- KIESLER, D.J.; Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychol. Bull. 65, 1966, 110-136
- KIESLER, D.J.; Comparision of experiencing scale ratings of naive versus clinically sophisticated judges, J. cons. clin. Psychol. I (1970), 134
- KIESLER, D.J.; Patient experiencing and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics. J. cons. clin. Psychol. (1971), 370-385 (b)
- KIESLER, D.J., KLEIN, M.H. & MATHIEU, P.L.; Sampling from the recorded therapy interview: The problem of segment location. J. Consult. Psychol. 1965, 29, 337-344
- KIESLER, D.J., MATHIEU, P.L., KLEIN, M.H.; Sampling from the recorded therapy interview: A comparative study of different sigment lengths. J. Consult. Psychol. 28 (1964), 349-357
- KIESLER, D.J., MATHIEU, P.L., KLEIN, M.H.; Process Movement in therapy and sampling interviews. In: ROGERS, C.R. et al. (eds.): The therapeutic relationship and its impact. Wisconsin 1967a, 135-185
- KIESLER, D.J., MATHIEU, P.L., KLEIN, M.H.; Patient experiencing level and interaction-chronograph variables in therapy interview segments. J. cons. 31, 1967b, 224, sowie als unveröffentlichtes Manuskript, Iowa 1967
- KLEIN, M.H., MATHIEU, P.L., GENOLIN, E.T., KIESLER, D.J.; The experiencing scala. A research and training manual. Volume I and II Wisconsin 1969, 1970
- KOPP, S.B.; Triffst du Buddha unterwegs ... Psychotherapie und Selbsterfahrung, Düsseldorf 1976
- KOPP, S.B.; The Trickster-Healer. In: SMITH, E.W.L. (ed.): The Growing Edge of Gestalt Therapy. New York 1976, 69-82

- KRAUSE, R.; Kombination therapeutischer Vorgehensweisen.
In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte
Psychotherapie heute. Göttingen 1976, 208-213
- KRIZ, J.; Statistik in den Sozialwissenschaften, Hamburg
1973
- LANGER, J. & SCHULZ v. THUN, F.; Messung komplexer Merk-
male in Psychologie und Pädagogik. Ratingverfahren,
München 1974
- LEVITSKY, A. & PERLS, F.S.; The Rules And Games of Gestalt
Therapy. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.): Ge-
stalt Therapy Now. New York 1970, 140-149
- LIENERT, G.A.; Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik,
Bd. 1, Hain, Meisenheim 1973
- LIENERT, G.A.; Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik,
Bd. II, Meisenheim 1978
- LIERSCH, G.; Kognitive Selbstregulationsprozesse im Lei-
stungsverhalten depressiver Patienten. - Eine kontrol-
lierte klinische Untersuchung, Frankfurt/M. 1980
- LOWEN, A.; Physical Dynamics of Character Structure, New
York 1958
- LOWEN, A.; Bioenergetik. Der Körper als Retter der Seele.
2. Aufl., Bern, München 1976
- LUKESCH, H.; Testkriterien des Depressionsinventars von
A.T. Beck. Psychologie und Praxis, 1974, 18, 70-78 (a)
- MANN, H.B. & WITHNEY, D.R.; On a test of whether one of
two random variables is stochastically larger than
the other, Ann. Math. Stat., 18, 1947, 50-60
- MARCUS, E.H.; Gestalttherapie, Hamburg 1979
- MARKS, I.M.; Flooding (implosion) and allied treatments.
In: Agras, W.S. (Ed.): Learning theory: Applications
of principles and procedures. Boston 1972
- MARTIN, D.G.; Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß,
Salzburg 1976 (2. Aufl.)
- MAURER, Y.A. & PETZOLD, H.; Die therapeutische Beziehung
in der Gestalttherapie. In: BATTEGAY, R. & TRENKEL, A.
(Hrsg.): Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt
verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Bern,
Stuttgart, Wien 1978, 95-116

- MC MULLIN, R.E.; Effects of counselor focusing on client self-experiencing under low attitudinal conditions. J. Counseling Psychology, 1972, 19, 282-285
- MEES, U.; Verbales Konditionieren. Analyse eines Paradigmas. Z. f. Klin. Psychol. und Psychotherapie, 1976, 24, 331-347
- MEES-JACOBI, J.; Lernprozesse. In: GRUNWALD, W. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Gesprächspsychotherapie, München 1979, 181-188
- MEHNERT, C.; Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Änderungen bei Klienten nach Gesprächspsychotherapie. Unveröff. Diplomarbeit, Psychol. Inst. Univ. Hamburg, Hamburg 1969
- MINSEL, W.-R.; Praxis der Gesprächspsychotherapie. Grundlagen - Forschung - Auswertung, Graz 1974
- MINSEL, W.-R. & LANGER, J.; Methodisches Vorgehen zum Erfassen von psychotherapiebedingten Veränderungen. In: REINERT, G. (Hrsg.): Ber. 27. Kongress DGfPs. Göttingen 1973, 646-651
- MINSEL, W.-R., LANGER, I., PETERS, U. & TAUSCH, R.; Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens. Zeitschrift für Klinische Psychologie, II, 3, 1973, 197-210
- MORENO, Z.T.; Evolution and Dynamics of the Group Psychotherapy Movement. In: MORENO, J.L. (ed.): International Handbook of Group Psychotherapy. New York 1966, 27-125
- MORENO, J.L.; Psychodrama. In: KAPLAN, H.I. and SADOCK, B.J. (eds.): Comprehensive Group Psychotherapy, Baltimore 1971, 460-500
- MÜLLER, P.; Untersuchung über die Auswirkung von Gesprächspsychotherapie auf psychoneurotische Klienten. Unveröff. Diplomarbeit Univ. Hamburg, Hamburg 1972
- NARANJO, C.; Present-centeredness: technique, prescription, and ideal. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.): Gestalt Therapy Now. New York 1970, 47-69
- NARANJO, C.; The techniques of Gestalt therapy, Berkeley Calif. 1973. Dt. Ausg.: Techniken der Gestalttherapie, Hamburg 1978
- NICHOLS, M.P.; Outcome of Brief Cathartic Psychotherapy Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (1974), 403-10

NICHOLS, M.P. and ZAX, M.; Catharsis in Psychotherapy,
New York 1977

PASSONS, K.R.; Gestalt approaches in counseling, New York
1975

PAVEL, F.-G.; Existentialistische Erlebens-therapie contra
naturwissenschaftlich orientierte Gesprächspsychothe-
rapie - eine gutgemeinte Polemik. Informationsblät-
ter der GwG, Nr. 20, März 1975 (a)

PAVEL, F.G.; Die klientenzentrierte Psychotherapie. Ent-
wicklung - gegenwärtiger Stand - Fallbeispiele,
München 1978

PERLS, F.S.; Ego, Hunger and Aggression, 1947.
Dt. Ausg.: Das Ich, der Hunger und die Aggression,
Stuttgart 1978

PERLS, F.S., HEFFERLINE, R.F. & GOODMAN, P.; Gestalt
Therapy. Excitement And Growth in the Human Personality.
USA 1951/Great Britain 1974. Dt. Ausg.: Gestalt-
Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung
(Bd. 1) - Wiederbelebung des Selbst (Bd. 2), Stutt-
gart 1979

PERLS, F.S.; Gestalt therapy verbatim.Lafayette/Cal.
1969a. - Dt. Ausg.: Gestalt-Therapie in Aktion.
Stuttgart 1974

PERLS, F.S.; In and Out the Garbage Pail, Moab, Utah/USA
1969b

PERLS, F.S.; The Gestalt Approach and Eye Witness to
Therapy, Palo Alto/Cal. 1973. - Dt. Ausg.: Grundlagen
der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsproto-
kolle, München 1976

PETRASCH-HÜTTL, E. & WELK, R.; Erlebnisaktivierende Inter-
ventionen auf der Grundlage der Gesprächspsychothera-
pie bei besonderer Berücksichtigung der Variablen
'Experiencing'. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Bochum
1979

PETZOLD, H.; Gestalttherapie und Psychodrama, Kassel 1973

PETZOLD, H. (Hrsg.); Drogentherapie, Paderborn 1974

PETZOLD, H.; Integrative Bewegungstherapie. In: PETZOLD,
H. (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Pader-
born 1974, 287-405, 2. überarb. und erw. Auflage
1977

- PETZOLD, H. (Hrsg.); Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie, Paderborn 1974
- PFANZAGL, J.; Allgemeine Methodenlehre der Statistik II, Berlin 1966 (2. Auflage)
- PFEIFFER, W.M.; Erlebnisaktivierendes Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie und seine Erfassung durch die Erlebens-Intensitäts-Skala. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 127-134
- PIRSIG, R.M.; Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten, Frankfurt/M. 1978
- PLESSEN, U.; Erfolgskontrolle in der psychotherapeutischen Praxis. Ein empirischer Vergleich verschiedener Ansätze zur Veränderungsmessung. Vortrag, Psychol. Inst. der Univ. Düsseldorf, November 1979
- PLOG, U.; Differentielle Psychotherapie II, Bern 1976
- PÖLDINGER, W., BLASER, P. & GEHRING, A.; Anforderungen an quantifizierende Methoden in der Depressionsforschung. In: SCHULTE, W. & MENDE, W. (Hrsg.): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, Stuttgart 1969a, 80-87
- PÖLDINGER, W., BLASER, P. & GEHRING, A.; Zur Quantifizierung psychopathologischer und somatischer Symptome bei depressiven Verstimmungszuständen. In: HIPPIUS, H. & SELBACH, H. (Hrsg.), 1969b, 291-304
- POLSTER, E.A.; Sensory functioning in psychotherapy. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.): Gestalt Therapy Now. New York 1970, 70-76
- POLSTER, E. und M.; Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie, München 1975
- RAHM, D.; Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit, Paderborn 1979
- REICH, W.; Die Entdeckung des Orgons. Die Funktion des Orgasmus, Köln 1969 (2. Auflage)
- REICH, W.; Charakteranalyse, Frankfurt/M. 1976
- RICE, L.N.; The Evocative Funktion of the Therapist. In: WEXLER, D.A./RICE, L.N. (eds.): Innovations in Client-centered Therapy. New York 1974, 289-312
- ROGERS, C.R.; Counseling and psychotherapy, Boston 1942. Dt. Ausg.: Die nicht-direktive Beratung, München 1972

- ROGERS, C.R.; Client-Centered-therapy, Boston 1951.
Dt. Ausg.: Die Klient-bezogene Gesprächstherapie,
München 1973
- ROGERS, C.R.; The necessary and sufficient conditions of
therapeutic personality change. J. Consult. Psychol.,
21, 1957, 95-103
- ROGERS, C.R.; A process conception of psychotherapy.
Am. Psychologist, 13, 1958, 142-149
- ROGERS, C.R.; A theory of therapy, personality and inter-
personal relationships as developed in the client-
centered framework. In: KOCH, S. (Ed.): Psychology: A
study of a science. Vol. III, New York 1959b, 184-
256
- ROGERS, C.R., GENDLIN, E.T., KIESLER, D.J., TRUAX, Ch.B.;
The therapeutic relationship and its impact: A study
of psychotherapy with schizophrenics, Madison 1967
- ROSENBERG, J.-L.; Orgasmus, Berlin 1977
- RUDOLPH, J.; Psychische Änderungen durch Gesprächspsycho-
therapie und deren Bedingungen in der Sicht des Klienten.
Unveröff. Dissertation, Hamburg 1975
- RUITENBEEK, H.; Die neuen Gruppentherapien, Stuttgart 1974
- SHEPHERD, I.L.; Limitations and Cautions in the Gestalt
Approach. In: FAGAN, J. & SHEPHERD, I.L. (eds.): Gestalt
Therapy Now. New York 1970, 234-238
- SHOBEN, E.J.; Psychotherapy as a Problem in Learning Theory.
In: EYSENCK, H.J. (ed.): Behavior Therapy and the Neuro-
ses. New York 1960
- SHUGER, D.H.; Clients of Gestalt and traditional therapies:
personal styles, values and experiential modalities.
Diss. Abstr. Int., 1978 (April), Vol. 38 (10-B), 5043-
5044
- SIEGEL, S.; Non-parametric statistics for the behavioral
sciences, New York 1956
- SIX, R.; Einzelfallstudie zum Verlauf des Experiencing.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Hamburg 1979
- SMITH, E.W.; The role of early Reichian theory in the
development of Gestalt therapy. Psychotherapy: Theory,
Research & Practice 12 (3), 1975, 268-272
- SMITH, W.L. (Ed.); The Growing Edge of Gestalt Therapy,
New York 1976

- SOLOMON, R.L. & WYNNE, L.C.; Traumatic avoidance learning: The principles of anxiety conservation and partial irreversibility. In: Psych. Rev., 61, 1954, 353-385
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R.E.; Manual for the state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Cal./USA 1970
- SÜSS, H.J. & MARTIN, K.; Gestalttherapie. In: Hdb. für Klin. Psychologie, 2. Halbbd., Göttingen 1977, 2725-2750
- SUCKERT-WEGERT, K.; Das klientenzentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie und die 'therapeuten-zentrierte' Erwartungshaltung des Klienten: eine Untersuchung über die Effekte vorthérapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf. Diss. Univ. Münster 1976
- SULEIMAN, A.; Die Wirkungen von simultanem Video-Feedback und der Gesprächspsychotherapie auf Selbstexploration, Selbstkonzept, Körperbild, Körperzufriedenheit und Therapieerfolg aus der Sicht des Klienten. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Hamburg, Hamburg 1979
- SCHAUB, H.P.; Client-centered Therapy and Gestalt-Therapy. In: GwG-Info No. 33, Dez. 1978, 60-67
- SCHNEIDER, K.; Das Experiment in der Gestalttherapie. Gestalttherapie und wissenschaftliches Experiment. In: Integrative Therapie, 3, 1979, 192-207
- SCHWARTZ, H.-J. & ECKERT, J.; Zwei Arbeiten zur Prozeßforschung: Ergebnis und Implikationen. Vortr. I. Europ. Kongr. f. Gesprächspsychotherapie, Würzburg 1974. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 110-116
- SCHWARTZ, H.-J.; Prozeßforschung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie: Bedingungen des Behandlungseffektes im Anfangsgespräch. Dissertation, Univ. Hamburg, Hamburg 1975
- STAMPFL, T.G. & LEVIS, D.J.; Essentials of implosive therapy: a learning - theory - based psychodynamic behavioral therapy Journal of Abnormal Psychology 1967, 72 (6), 496-503
- STAMPFL, T.G. & LEVIS, D.J.; Implosive therapy - a behavioral therapy? Behavior Research and Therapy 1968, 6, 31-36
- STAMPFL, T.G. & LEVIS, D.J.; Learning therapy: an aid to dynamic therapeutic practice. In: ERON, L. & GALLAHAN, R. (eds.): The relation of the theory to practice in psychotherapy Chicago, 1969, 85-114

- STAMPFL, T.G. & LEVIS, D.J.; Implosive Therapy: Theory and Technique. Morristown, New Jersey/USA 1973
- STEHURA, E.F.; Ther Relationship between the Experiencing Scale and the Focusing Method Regarding the Counselor in the Clinical Interview. Diss. Abstracts Intern. 35, 2 B (1974), 1065
- STEVENS, B.; Don't push the river. Lafayette, Cal./ USA 1970
- STEVENS, J.O.; Awareness: exploring, experimenting, experiencing. Lafayette, Cal./USA 1971. Dt. Ausg.: Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie, München 1975
- STEVENS, J.O. (Ed.); Gestalt is, Moab/Utah (USA) 1975
- STREITFELD, H.S. & LEWIS, H.R.; Growth Games, USA 1970. Dt. Ausg.: Spiele die glücklich machen. Intensiver leben durch Psychotraining. Bergisch Gladbach 1973
- STUART, L.; Gesprächstherapie und Gestalttherapie. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 220-224
- TAUSCH, R.; Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1973, 1975, 1979
- TAUSCH, R.; Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Encountergruppen. Vortr. I. Europ. Kongr. f. Gesprächspsychotherapie. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 52-59
- TAUSCH, R.; Ergebnisse und Prozesse der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten. Eine Zusammenfassung des Hamburger Forschungsprojektes. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, 60-73
- TAUSCH, R., ZEHELEIN, H., FITTKAU, B. & MINSEL, R.; Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. Bericht 25. Kongreß Deutsche Gesellschaft f. Psychologie, Göttingen 1967, 499-504
- TEEGEN, F., FRASSA, M. & HÖNIGER, S.; Merkmale des Therapeuten- und Klientenverhaltens bei gestalttherapeutischen Kontakten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 2, 1979, 148-155
- TEUWSEN, E.; Das Basisverhalten in der Psychotherapie. In: GwG-Info No. 30, 1977, 6-10

- TOMLINSON, T.M. & HART, J.T.; A validation study of the process scale. J. Consult. Psychol., 26, 1962, 74-78
- TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R.; Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice. Chicago 1967
- TRUAX, C.B. & MITCHELL, K.M.; Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: BERGIN, A.E. and GARFIELD, S.L. (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York 1971, 299-344
- TSCHEULIN, D.; Ausbildung in therapeutischem Basisverhalten, Dissertation Univ. Würzburg, Würzburg 1972
- ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R.; Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertive Training Programm (ATP). Bd. 1, München 1978
- ULLRICH DE MUYNCK, R. & ULLRICH, R.; Das Assertiveness-Training-Programm. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz I, II, III, München 1976
- ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R.; Klinische Effektivität und Wirkungsfaktoren, München 1980
- WALTER, H.-J.; Gestalttheorie und Psychotherapie, Darmstadt 1977
- WEXLER, D.A.; A cognitive theory of experiencing, self-actualization and therapeutic process 1974. In: WEXLER, D.A. and RICE, L.N. (eds.): Innovations in Client-Centered Therapy, New York 1974
- WEXLER, D.A. and RICE, L.N. (eds.); Innovations in Client-centered-Therapy, New York 1974
- WILD-MISSONG, A. & TEUWSEN, E. (Hrsg.); Psychotherapeutische Schulen im Gespräch miteinander, Salzburg 1977
- WOLPE, J. & LAZARUS, A.A.; Behavior Therapy Techniques, New York 1966
- WOLPE, J.; Praxis der Verhaltenstherapie, Bern 1972
- ZEIGARNIK, B.; Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. Psychologische Forschung, 9, 1, 1927, 1-85
- ZIELKE, M.; Validierung eines Therapiebezogenen Veränderungsfragebogens für die Gesprächspsychotherapie an einer Klinischen Klientenstichprobe. Diagnostica, Bd. XXIV, Heft 1, 1978, 89-102

ZIELKE, M.; Indikation zur Gesprächspsychotherapie, Stuttgart 1979

ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C.; Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV); Weinheim 1978

ZIMMER, J.H., HAKSTIAN, A.R. & NEWBY, J.F.; Dimensions of counselee responses over several therapy sessions. J. Counseling Psychology, Vol. 19, 1972, No. 5, 448-454

IX. ANHANG: INHALTSVERZEICHNIS

Teil A: Therapiematerialien

- (1) Zeitungsartikel zur Klientengewinnung vom 28.9.1978
- (2) Klienten-Anschreiben:
 - (a) Teilnahmezusage
 - (b) Teilnahmezusage (Warteliste)
 - (c) Absage
- (3) Einverständniserklärung
- (4) Informationsblatt zur Klientenzentrierten Psychotherapie
- (5) Schweigepflichtserklärung für Therapeuten

Teil B: Messinstrumente

- (6) Subjektives Fremdeinschätzungsverfahren zur Erhebung der Klientenvariablen 'Experiencing':
 - Dt. Fassung der EXP-Skala
 - Rating-Instruktion
 - Rating-Fehler
- (7) Subjektives Fremdeinschätzungsverfahren zur Erhebung und Klassifizierung von EaI des Therapeuten:
 - Rating-Instruktion
 - Verzeichnis der Codierungen
 - Auswertungsbogen
- (8) 'Stundenbegleitbogen Klient' (SBK)
- (9) 'Stundenbegleitbogen Therapeut' (SBT)
- (10) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)
- (11) Depressions-Inventar (BDI)
- (12) State-Trait Anxiety Inventory (STAI), allgemein
- (13) Items des Faktors 'Generelle Unsicherheit' des 'Unsicherheits-Fragebogens' (U-kurz)

Teil C: Ergebnisse in Tabellen

- (14) Tabelle 1: EXPERIENCING-Spitzenwerte der EG und KG (Gruppenurteil) in den Kontakten 3, 6 und 9.
- (15) Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausgangswerte der Untersuchungsgruppen EG und KG (mit und ohne ABR)
- (16) Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen von EG und KG zu den Messzeitpunkten II (post) und III (Follow-up) (ohne ABR).
- (17) Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Items des 'Stundenbegleitbogens Klient (SBK)' zu den 10 Messzeitpunkten (Kontakte 2 - 10) in EG und KG.

Tabelle 4a: SBK, Items 1-34. Stat. signifikante Veränderungen der Mittelwerte innerhalb der EG bzw. KG vom 1. zum n-ten Kontakt.

Tabelle 4b: SBK, Items 1-34. Stat. signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen EG und KG in den Kontakten 1 und 10 sowie in den Veränderungsbeträgen (Mittelwertsdifferenzen) vom 1. zum n-ten Kontakt.

Uni sucht 50 Klienten für die Psychotherapie

Anonyme Einzelbehandlung zur Selbsthilfe

Münster. In der Abteilung für Klinische Psychologie des Psychologischen Instituts der Universität Münster werden ab Mitte Oktober unentgeltliche einzeltherapeutische Behandlungen angeboten. Diese Behandlungen sind Teil eines wissenschaftlichen Projekts unter Leitung des Diplom-Psychologen Peter Esser, in dem es darum geht, die positiven Auswirkungen zweier unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden näher zu untersuchen. Beide Methoden gehen auf die von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers entwickelte „klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ zurück.

Bei diesem kostenlosen Angebot handelt es sich um eine intensive Einzelhilfe, die nur im Rahmen eines solchen Forschungsprojekts interessierten Privatpersonen angeboten werden kann. Insbesondere ist hier der persönliche Kontakt mit einem therapeutischen Gesprächspartner über zehn Gespräche hinweg von Bedeutung, der – im Gegensatz zu Gruppengesprächen oder -therapien – für viele Menschen überhaupt erst die Möglichkeit schafft, stärker aus sich herauszugehen und über wichtige persönliche Sorgen und Probleme zu sprechen.

„Personen- oder klientenzentriert“ bedeutet nach der Definition von Peter Esser, daß der therapeutische Gesprächspartner zur Überwindung der Probleme des einzelnen keine Lösung, Tips und Ratschläge nach dem Motto „So müßte es aber besser gehen“ gibt, sondern sich in die Person des Ratsuchenden hineinversetzt. „Indem er an dessen Gefühlen und Empfindungen klärend Anteil nimmt“, beschreibt Esser die Aufgabe des Therapeuten, „hilft er zugleich dabei, persönliche Schwierigkeiten aus sich heraus zu verstehen und zu überwinden.“ Das Ziel bestehe darin, Personen in die Lage zu versetzen, belas-

sende Situationen und Lebensumstände deutlicher und unter einem anderen Gesichtspunkt zu sehen und so gegenwärtige und zukünftige Schwierigkeiten mutiger und erfolgreicher in Angriff zu nehmen. Den Erfahrungen nach fühlen sich ungefähr 70 Prozent aller Personen, die solche einzeltherapeutischen Gespräche mit einem geschulten Therapeuten führen, bereits nach einer solchen Zeitspanne deutlich erleichtert.

Die zehn therapeutischen Gespräche von jeweils 45 Minuten Dauer werden wöchentlich in den Therapie-räumen des Psychologischen Instituts, Rosenstraße 9, von studentischen Therapeuten durchgeführt, die eine Schwerpunktausbildung in klinischer Psychologie erhalten und am Ende ihrer universitären Ausbildung als Psychologen stehen; sie verfügen allesamt über Erfahrungen im Umgang mit Klienten und werden auch fachlich kontrolliert.

Für diese Untersuchung werden 50 Klienten gesucht, die Ängste, Probleme im sozialen Bereich, Kontakt-schwierigkeiten, Störungen im Leistungsbereich oder Probleme in Ehe und Beruf haben. Als Gegenleistung erwarten die Psychotherapeuten, daß im Verlauf der Therapie von den Klienten einige Fragebögen ausgefüllt werden und das Einverständnis für Ton- und Videoaufnahmen zu wissenschaftlichen Zwecken gegeben wird. Die Fragebögen werden wie alle Angaben zur Person vertraulich behandelt; sie enthalten – ebenso wie die für die Therapie notwendigen Ton- und Videoaufnahmen – keine Namen, sondern sind mit bestimmten Codes versehen, damit die beteiligten Personen anonym bleiben. Meldungen werden am Donnerstag und Freitag (28. und 29. September) jeweils von 9 bis 12 Uhr und von 14 bis 19 Uhr telefonisch (490-41 46 und 490-41 40) entgegengenommen.

Westfälische Nachrichten, 28.9.1978

WESTFÄLISCHE WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

Psychologisches Institut – Abteilung für Klinische Psychologie

Universität Münster, Psychologisches Institut, Abteilung
für Klinische Psychologie, Schlaunstr. 2, 4400 Münster

Dipl.-Psych. Peter Esser

4400 Münster, den
Rosenstraße 9
Briefanschrift Schlaunstraße 2
Fernruf Vermittlung (02 51) 490-1
Fernruf Durchwahl (02 51) 490-4140

Betr.: Ihre tel. Anfrage vom 28.9.1978

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

Ich freue mich, Ihnen mitteilen zu können, daß wir Ihren Wunsch nach Teilnahme an einer einzeltherapeutischen Behandlung im Psychologischen Institut der Universität Münster berücksichtigen konnten.

Wir haben Ihnen ein Merkblatt beigelegt, mit dem wir Ihnen dazu noch einige Einzelheiten bekanntgeben möchten.

Ihr therapeutischer Gesprächspartner, Herr/Frau _____
_____ wird sich im Laufe der nächsten Woche telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung setzen, um mit Ihnen Ort und Zeit eines 1. Gesprächskontaktes zu vereinbaren.

Noch eine Bitte: Schreiben Sie d r e i der Sie in letzter Zeit am stärksten belastenden Probleme ihrer Wichtigkeit nach (1 - 3) auf einen einfachen weißen Zettel und bringen Sie ihn zu Ihrem 1. Gespräch mit. Danke.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg und verbleibe

mit freundlichem Gruß

Ihr

(Peter Esser)

WESTFÄLISCHE WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

Psychologisches Institut – Abteilung für Klinische Psychologie

Universität Münster, Psychologisches Institut, Abteilung
für Klinische Psychologie, Schlaunstr. 2, 4400 Münster

Dipl.-Psych. Peter Esser

4400 Münster, den

Rosenstraße 9

Briefanschrift Schlaunstraße 2

Fernruf Vermittlung (0251) 490-1

Fernruf Durchwahl (0251) 490-4140

Betr.: Teilnahme an einer einzeltherapeutischen Behandlung
im Psychologischen Institut der WWU Münster.

Ihre tel. Anfrage vom 28.9.1978

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, daß wir Ihrem Wunsch nach Teilnahme an einer einzeltherapeutischen Behandlung im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes im Augenblick nicht entsprechen können.

Aus der großen Zahl der Anrufer haben wir – wie bereits in den Pressemitteilungen angegeben – lediglich 50 interessierte Personen berücksichtigen können.

In vorangegangenen ähnlichen Projekten haben wir allerdings die Erfahrung machen können, daß ein Teil der Personen, denen eine Zusage erteilt wurde, von diesem Angebot dann doch keinen Gebrauch machte, sodaß wiederum Plätze für einzeltherapeutische Behandlungen frei wurden.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, haben wir Sie aus diesem Grund auf eine Warteliste gesetzt, um Ihnen so eine evtl. Teilnahme zu ermöglichen. Tritt dieser Fall ein, bekommen Sie eine telefonische oder schriftliche Benachrichtigung.

Sollten Sie allerdings den Eindruck haben, Ihr persönliches Problem dulde keinen zeitlichen Aufschub, dann möchten wir Sie auf 2 therapeutische Möglichkeiten hinweisen:

- die Telefonseelsorge (Tel. 402 02) Münster bietet Ihnen kurzfristige Hilfe in Form eines anonymen und persönlichen Gespräches per Telefon.
- Sie können sich auch zum Zwecke einer therapeutischen Beratung oder Behandlung an das Psychologische Therapie-Zentrum (PTZ) in Münster, Geiststr. 41 (Tel. 793 516) wenden; in diesem Zentrum haben sich psychologische und ärztliche Therapeuten zusammengeschlossen. - Montags und Mittwoch erhalten Sie dort in der Zeit von 17 - 19⁰⁰ telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch Auskunft über Möglichkeiten und Kosten einer psychologischen Behandlung.

Mit freundlichem Gruß

Ihr

(Peter Esser)

WESTFÄLISCHE WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

Psychologisches Institut - Abteilung für Klinische Psychologie

Dipl.-Psych. Peter Esser

4400 Münster, den

Rosenstraße 9

Briefanschrift Schlaunstraße 2

Fernruf Vermittlung (02 51) 490-1

Fernruf Durchwahl (02 51) 490- 4140

Betr.: Teilnahme an einer einzeltherapeutischen Behandlung
im Psychologischen Institut der WWU Münster.

Ihre tel. Anfrage vom 28.9.1978

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

Leider haben wir Sie bisher noch nicht in dem o.g. Projekt
berücksichtigen können.

Wir möchten Sie jedoch auf ein therapeutisches Angebot auf-
merksam machen.

Nähere Informationen können Sie dem beigefügten Merkblatt
entnehmen.

Mit freundlichem Gruß

Ihr

(Peter Esser)

Einverständnis GT

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß von den
Therapiestunden, die ich hier im Psychologischen Institut
erhalten werde, Ton- und/oder Videoaufnahmen gemacht
werden, die dann einem kleinen Kreis von Fachpsycho-
logen zugänglich sind.

Münster, den

.....

(Unterschrift)

4400 Münster, den
Rosenstraße 9
Briefanschrift Schlaunstraße 2
Fernruf Vermittlung (02 51) 490-1
Fernruf Durchwahl (02 51) 490-

Dipl.-Psych. Peter Esser Tel.: 4146

Sekretariat: Tel.: 4140

I n f o r m a t i o n s b l a t t

zur

Klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie

In diesem Informationsblatt möchten wir Sie gerne mit einigen Punkten zum Ablauf der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie, die Sie bei uns erhalten werden, bekannt machen.

Klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie wird an unserem Institut als Einzeltherapie angeboten. Die einzelnen Therapiekontakte werden mit einem studentischen Therapeuten, der am Ende seiner Universitäts-Ausbildung steht, durchgeführt. Dabei erfolgt eine ständige Kontrolle durch Ausbilder des Psychologischen Instituts.

Da wir Therapiebehandlung nur im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen und im Rahmen der Ausbildung von Studenten durchführen können, müssen wir bestimmten Erfordernissen Rechnung tragen, hoffen aber, daß wir Ihnen persönlich durch diese Therapieform Hilfe gewähren können.

Jedes Gespräch dauert ca. 45 Min. und findet einmal wöchentlich statt, und zwar in den dafür vorgesehenen Therapieräumen des Psychologischen Instituts, Rosenstraße 9.

Es wird Ihnen von uns eine/e Therapeut/Therapeutin zugewiesen, der bzw. die Sie anschreibt und Ihnen einen ersten Terminvorschlag macht. Dabei ist es möglich, Terminvorschläge Ihrerseits in gewissem Rahmen zu berücksichtigen.

Da die Therapie im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung durchgeführt wird, ist die Behandlung kostenlos. Wir werden aber mit der Bitte an Sie herantreten, im Verlauf der Therapie einige Fragebögen auszufüllen, die im Rahmen dieser Untersuchung ausgewertet werden sollen. Diese Fragebögen werden selbstverständlich vertraulich behandelt, d.h. alle Ihre persönlichen Angaben werden mit einem Kode versehen, so daß alles, was auf Sie als Person hinweist, nicht zu identifizieren ist.

Nach dem ethischen und wissenschaftlichen Kodex unseres Instituts unterliegt die Tätigkeit aller Psychotherapeuten der wissenschaftlichen Kontrolle. Zu diesem Zweck werden von allen Gesprächen Ton- und/oder Videoaufnahmen erstellt, die einem sehr engen Kreis von Fachpsychologen vorgelegt werden müssen. Durch diese wissenschaftliche Kontrolle soll sichergestellt werden, daß jeder Klient möglichst optimale Bedingungen der Gesprächspsychotherapie erhält. Die Aufzeichnung der Kontakte enthält keine Namen und ist kodifiziert, um eine Identifizierung der Klienten auszuschließen. Vor Beginn der Therapie werden Sie gebeten, eine diesbezügliche Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Die Gesamtzahl der Stunden Ihrer Gesprächspsychotherapie wird bei 10 Stunden liegen. Wissenschaftliche Untersuchungen dazu haben gezeigt, daß $\frac{3}{4}$ aller Klienten nach einer solchen Zeitspanne spürbare Erleichterungen aufweisen, so daß wir davon ausgehen, daß auch bei Ihnen nach dieser Zeit Veränderungen der genannten Art auftreten.

Und nun noch einige Informationen darüber, wie Klient und Therapeut in der Gesprächspsychotherapie miteinander umgehen:

Sie sollen in der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie frei und offen über die Sie momentan belastenden Probleme sprechen. Dabei ist es hilfreich, wenn Sie Ihre Gefühle und Empfindungen möglichst unmittelbar und direkt zum Ausdruck bringen. Es steht Ihnen frei, über welches Thema Sie sprechen möchten, d.h. der Psychotherapeut fordert Sie n i c h t - auch nicht zu Therapiebeginn - auf, zu bestimmten Problemkreisen Stellung zu nehmen. "Klientenzentriert" heißt also, daß S i e im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens stehen, daß S i e den Verlauf der Therapie aktiv von sich aus bestimmen.

Der Therapeut bittet Sie weder auf die Couch, noch deutet er Ihre Träume. Er sucht die Ursachen für Ihre Schwierigkeiten nicht in Ihrer frühen Kindheit und gibt Ihnen auch keine praktischen Ratschläge und Handlungsanweisungen zum Überwinden Ihrer Probleme. Vielmehr gibt er Ihnen Hilfestellung, damit Sie lernen, Ihre Probleme und Schwierigkeiten aus sich selbst heraus zu verstehen und zu lösen. Er versetzt sich in Ihre Erlebniswelt und versucht von dorthier, Ihre Gefühle und Empfindungen nachzuvollziehen und Ihnen mitzuteilen.

Die aktive Mitarbeit Ihrerseits hat sich auch in wissenschaftlichen Untersuchungen als sehr wichtig für den Therapie-Erfolg herausgestellt, so daß es sinnvoll erscheint, daß sich Ihr Therapeut in der oben beschriebenen Weise verhält.

Durch die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie werden Sie ruhiger und entspannter, Sie empfinden weniger Angst und Erregung, sehen die Sie belastenden Situationen und Lebensumstände deutlicher und oft unter anderen Gesichtspunkten und nehmen gegenwärtige und zukünftige Schwierigkeiten und Probleme mutiger und erfolgreicher in Angriff, so daß Sie nach einer gewissen Zeit die Therapie nicht mehr benötigen.

Universitäts Münster, Psychologisches Institut, Abteilung
für Klinische Psychologie, Schlaunstr. 2, 4400 Münster

Dipl.-Psych. Peter Esser

4400 Münster, den

Rosenstraße 9

Briefanschrift Schlaunstraße 2

Fernruf Vermittlung (0251) 490-4140

Fernruf Durchwahl (0251) 490-

Betr.: Therapieprojekt Esser, SS 1978

Ich verpflichte mich hiermit, über sämtliche Informationen, die mir im Laufe meiner Ausbildung über Patienten bzw. Klienten zur Kenntnis kommen, zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen absolutes Stillschweigen zu bewahren.

Ich bin darauf hingewiesen worden, daß ich für allen Schaden, der den Betroffenen, dem Institut oder Mitarbeitern des Institutes durch Zuwiderhandlungen entsteht, persönlich strafrechtlich und zivilrechtlich zu haften habe.

Münster, den

.....

(Unterschrift)

SUBJEKTIVES FREMDEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN ZUR ERHEBUNG DER KLIENTENVARIABLE "EXPERIENCING"

- Dt. Fassung der 'EXP'-Skala
- Rating-Instruktion
- Rating-Fehler

Dt. Fassung der "Experiencing-Skala" (DAHLHOFF/BOMMERT, 1978)

Dimension

Das Ausmaß, in dem der Klient in seinen Äußerungen eine Bezugnahme auf sein aktuelles Erleben zeigt. Eine solche Bezugnahme ist gegeben, wenn der Klient sich auf seine eigenen Gefühle und Reaktionen - so wie er sie im Moment erfährt - bezieht, und/oder wenn er auf der Suche nach der persönlichen Bedeutung ist, die Ereignisse, Situationen, Gefühle und Ideen für ihn haben.

Stufe 1: Der Klient schildert Ereignisse in allgemeiner, unpersönlicher Weise. Seine Äußerungen sind von unbeteiligter Art, so als ob sie von einem Fremden stammen. Eine persönliche Anteilnahme an seinen Mitteilungen ist nicht ersichtlich.

Stufe 2: Der Klient läßt in seinen Äußerungen eine persönliche Rolle erkennen, jedoch nimmt er auf sein Fühlen nur indirekt Bezug, indem er es zum Beispiel zur näheren Verdeutlichung eines Sachverhalts heranzieht. Gefühle und persönliche Reaktionen werden eher als entfernte, externe Ereignisse behandelt und charakterisiert, und es wird nur indirekt oder abstrakt darauf Bezug genommen. Ein intellektuelles Interesse bzw. ein allgemeines, oberflächliches Beteiligtsein ist vorhanden, jedoch ist die Bezugnahme des Klienten auf sein Fühlen allgemein-abstrakt oder distanziert-versachlicht und nicht auf ein tieferes Eindringen in die persönlichen Bedeutungen ausgerichtet.

Stufe 3: Der Klient bezieht sich zwar auf sein Fühlen und Erleben, jedoch werden diese überwiegend als Verhaltensweisen oder Situationen dargestellt oder als in enger Verknüpfung mit diesen Verhaltensweisen und Situationen stehend geschildert. Die Mitteilungen über das Fühlen und Erleben erfolgen gleichsam von einem äußeren Bezugspunkt des Klienten. Eine Bezugnahme auf das Fühlen und Erleben erfolgt in sehr begrenztem Umfang, wird nur knapp zum Ausdruck gebracht und nicht tiefergehend bearbeitet.

- Stufe 4: Der Klient bezieht sich in seinen Äußerungen auf seinen inneren Bezugsrahmen. Er versucht, diesen zur Grundlage seiner Mitteilungen zu machen. Er betrachtet Ereignisse, Situationen und sein Fühlen nicht mehr von außen, sondern er entwickelt eine innerlich gefühlte Bedeutung, auf die er in seinen Mitteilungen Bezug nimmt. Bei der Beschreibung seiner Gefühle der Vergangenheit und Gegenwart schöpft der Klient aus diesem momentanen Erleben und Beteiligtsein. Er bemüht sich, sein Fühlen nicht nur zu schildern, sondern auch zu erarbeiten, was diese Gefühle für ihn bedeuten. Oft besteht auch der Eindruck, daß mehr im Klienten vorgeht, als er im Moment erfassen kann, es sind noch nicht ausformulierbare Erlebnisinhalte vorhanden.
- Stufe 5: Der Klient konzentriert sich auf seinen inneren Bezugsrahmen; dabei werden innere Erlebnisse weiterverarbeitet, erforscht und verdeutlicht. Jetzt kann sich der Klient auf bisher vage, nicht ausformulierbare aber bedeutsame Aspekte seines unmittelbaren Erlebens beziehen und kann diese allmählich differenzieren. Er gewinnt einen detaillierten Bezug zu seinen aktuellen Erlebnissvorgängen.
- Stufe 6: Der Klient erfährt durch die Arbeit an seinem unmittelbaren Erleben Gefühlsänderungen oder eine Verlagerung gefühlter Bedeutungen. Einzelne aktuelle Erlebnisinhalte ändern sich in ihrer Bedeutung für den Klienten oder werden ihm eigentlich erst klar; so kann er vorher unklare bzw. bruchstückhafte Erlebnisinhalte durch sein unmittelbares Erleben für sich deutlich machen. Der Klient ist in der Lage, diese Bedeutungsänderungen zu überdenken und zu verarbeiten. Er macht sie zur Grundlage für seine erlebnismäßig erarbeiteten Absichten und Vorstellungen.
- Stufe 7: Der Klient verfügt über ein klares Bild von seinem unmittelbar ablaufenden Erleben und kann dieses in seinen Äußerungen vermitteln. Er ist in der Lage, sich in seinem wechselnden Erleben zu bewegen, die Bedeutung des Erlebens für ihn selbst zu verstehen und Bedeutungsänderungen in seinen Bezugsrahmen zu integrieren. Sein unmittelbares aktuelles Erleben, der Wechsel von Bedeutungsschwerpunkten und auftretende Bedeutungsänderungen sind ihm eine vertrauenswürdige Basis für Änderungen in seinem Erleben und Verhalten.

Rating-Instruktion

Sie werden nun etwa 10 Therapieausschnitte von je 9 Minuten Länge hören. Es handelt sich dabei um Ausschnitte aus verschiedenen Therapien und verschiedenen Gesprächskontakten unterschiedlicher Therapeuten und Klienten. Ihnen werden keine in sich abgeschlossenen Gespräche vorgestellt, sondern lediglich zufällig ausgewählte Stichproben.

Ihre Beurteilung soll sich auf das im jeweiligen Gesprächsausschnitt (Segment) zum Ausdruck kommende Experiencing-Niveau des betreffenden Klienten beziehen. Sie sollen dabei zwei Einschätzungen vornehmen: zum einen geht es darum, das durchschnittliche Experiencing-Niveau (Modus), zum anderen, den maximalen Experiencing-Wert (Spitzenwert) des Klienten zu bestimmen.

Dabei ist es besonders wichtig, daß Sie nur auf das achten, was vom Klienten tatsächlich geäußert wird. Wir möchten Sie bitten, die Therapeutenäußerungen nur insoweit zu berücksichtigen, wie es zum Verständnis der Mitteilungen des Klienten notwendig ist.

Machen Sie sich bitte Notizen! Umso leichter fällt es Ihnen, den gesamten Gesprächsausschnitt in Ihre Beurteilung miteinzubeziehen.

Rating-Fehler

1. Ich beziehe das mit ein, was der Klient meiner Meinung nach sagen wollte und gehe über die tatsächliche Äußerung des Klienten hinaus.
2. Ich habe Vermutungen darüber,
 - aus welcher Phase der Therapie das zu hörende Segment stammt,
 - was der Klient in anderen Teilen der Therapie sagt,
 - wie der Gesamtverlauf der Therapie aussieht.
3. Ich ziehe die Therapeutenäußerung zu meiner Beurteilung des Klienten-Experiencing heran.
4. Mir fällt beim Klienten oder Therapeuten eine Eigenschaft auf, die ich besonders gern oder aber gar nicht mag.
5. Der Klient spricht über Probleme, die mir sehr vertraut bzw. fremd sind.
6. Der vorausgegangene Gesprächsausschnitt mit einem anderen Klienten und Therapeuten erschien mir besonders gut oder schlecht und beeinflußt mich in der Beurteilung des vorliegenden Segments.
7. Ich bin müde, abgespannt und nicht mehr bereit, aufmerksam zuzuhören.

SUBJEKTIVES FREMDEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN ZUR ERHEBUNG UND KLASSIFIZIERUNG VON "ERLEBNISAKTIVIERENDEN INTERVENTIO- NEN (EAI)" DES THERAPEUTEN

- Rating-Instruktion
- Verzeichnis der Codierungen
- Auswertungsbogen

Rating-Instruktion

Sie werden nun die Tonbandaufzeichnungen von ca. 45minütigen Therapiesitzungen hören. Die Therapien werden von mehreren Therapeuten mit verschiedenen Klienten durchgeführt. Alle Therapeuten sind angewiesen, bei ihrer Arbeit mit dem Klienten "Erlebnisaktivierende Interventionen" einzusetzen, wenn sie das für indiziert halten.

Ihre Aufgabe ist es, jede der vom Therapeuten initiierten Interventionen anhand des Ihnen vorliegenden Manuals zu identifizieren und den Zeitpunkt des Beginns der Intervention auf der Digitaluhr abzulesen. Tragen Sie bitte den der Intervention entsprechenden Code auf dem Auswertungsbogen über der abgelesenen Minutenzahl ein.

Wie Sie anhand des Trainingsmanuals gesehen haben, kann der Einführung einer Intervention eine Durchführungs- und Auswertungsphase folgen. Kennzeichnen Sie deshalb bitte auf Ihrem Auswertungsbogen mit dem entsprechenden Code,

1. ob eine Intervention vom Klienten abgelehnt oder durchgeführt wird,
2. ob die Intervention ausgewertet wird oder nicht.

Verzeichnis der Codierungen

ERLEBNISAKTIVIERENDE INTERVENTIONEN

- 1 Umformung des sprachlichen Ausdrucks
- 2 Kontinuum gegenwärtiger Bewußtheit
- 3 Intensivierung von Empfindungen
- 4 Wiederholung und Übersteigerung
- 5 Innerer Dialog

INTERVENTIONSABLAUF

Therapeutenverhalten

Klientenverhalten

1, 2, 3, 4, 5

D = Durchführung

- D = keine Durchführung

AV = Auswertungsvorschlag

A = Interventionsauswertung

- A = Nichteingehen auf
Interventionsauswertung

Name: _____ Datum: _____ Uhrzeit: von _____ bis _____ Kassette: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

S B K

Therapeut: _____ Klient: _____

Insgesamt _____ ter Kontakt am _____ 19 ____ Code: _____

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf das heutige Gespräch beziehen. - Mit Hilfe dieser Aussagen wollen wir versuchen, herauszufinden, wie Sie das heutige Gespräch empfunden haben.

Wir möchten Sie bitten, diese Aussagen auf folgende Art und Weise zu beantworten:

3	2	1	0	-1	-2	-3
Ja, ganz genau	Ja	eher ja	unent- schieden	eher im Gegenteil	im Ge- genteil	ganz im Gegenteil

Kreuzen Sie bitte die Ziffer hinter jeder Aussage durch, die Ihrer Ansicht nach am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie jede dieser Aussagen so genau und so offen wie möglich, ohne dabei auf Ihren therapeutischen Gesprächspartner Rücksicht zu nehmen, und falten Sie im Anschluß daran den Fragebogen einmal in der Mitte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir gewonnen	3	2	1	0	-1	-2	-3
2. Ich finde meinen Therapeuten verständnisvoll	3	2	1	0	-1	-2	-3
3. Das Gespräch war entspannend für mich	3	2	1	0	-1	-2	-3
4. Der Therapeut war im heutigen Gespräch engagiert	3	2	1	0	-1	-2	-3
5. Einige Situationen im heutigen Kontakt waren für mich bedrohlich	3	2	1	0	-1	-2	-3
6. Ich konnte das Geschehen in dieser Stunde weitgehend von mir aus bestimmen	3	2	1	0	-1	-2	-3
7. Im Augenblick empfinde ich meine Probleme bedrückender als vor dem Gespräch	3	2	1	0	-1	-2	-3
8. Ich fand es hilfreich, wenn der Therapeut mich manchmal zu etwas aufforderte	3	2	1	0	-1	-2	-3
9. Das heutige Gespräch war sehr intensiv für mich	3	2	1	0	-1	-2	-3
10. Es war mir unangenehm, etwas zu tun, wozu der Therapeut mich aufforderte	3	2	1	0	-1	-2	-3
11. Meine Schwierigkeiten haben sich durch den heutigen Kontakt verändert	3	2	1	0	-1	-2	-3
12. Die Absichten des Therapeuten sind mir nicht immer klar geworden	3	2	1	0	-1	-2	-3
13. Ich fühlte mich verpflichtet, den Aufforderungen des Therapeuten nachzukommen	3	2	1	0	-1	-2	-3
14. So wie das Gespräch heute verlief, hat es mich nicht befriedigt	3	2	1	0	-1	-2	-3
15. Ich fühle mich erleichtert	3	2	1	0	-1	-2	-3
16. Ich habe heute gemerkt, daß es an mir liegt, ob sich etwas an meinen Schwierigkeiten ändert	3	2	1	0	-1	-2	-3
17. Ich habe mich heute vom Therapeuten überfordert gefühlt	3	2	1	0	-1	-2	-3
18. Einige meiner Schwierigkeiten habe ich heute unter einem neuen Blickwinkel gesehen	3	2	1	0	-1	-2	-3
19. Der Therapeut war sehr bestimmt in seinem Verhalten mir gegenüber	3	2	1	0	-1	-2	-3

20. Das Verhalten des Therapeuten entsprach meinen Erwartungen	3	2	1	0	-1	-2	-3
21. Einiges von dem, was ich heute in mir selbst gespürt habe, hat mir Angst gemacht	3	2	1	0	-1	-2	-3
22. Mir gefällt das Verhalten des Therapeuten	3	2	1	0	-1	-2	-3
23. Ich habe in diesem Gespräch stärker empfunden, was ich im Augenblick denke, fühle oder tue	3	2	1	0	-1	-2	-3
24. Der Therapeut hat mich bedrängt	3	2	1	0	-1	-2	-3
25. In unserem heutigen Gespräch bin ich an einigen Stellen stärker in mich gegangen	3	2	1	0	-1	-2	-3
26. Ich habe Vertrauen zu meinem Therapeuten	3	2	1	0	-1	-2	-3
27. Der Therapeut hat sich zurückgehalten	3	2	1	0	-1	-2	-3
28. Wenn mich der Therapeut zu bestimmten Handlungsweisen aufforderte, habe ich mich innerlich dagegen gewehrt	3	2	1	0	-1	-2	-3
29. Der Therapeut hat mich heute mit unangenehmen Empfindungen konfrontiert	3	2	1	0	-1	-2	-3
30. Nach dieser Stunde bin ich optimistischer, was die Lösung meiner Schwierigkeiten betrifft	3	2	1	0	-1	-2	-3
31. Ich habe mich über den Therapeuten geärgert	3	2	1	0	-1	-2	-3
32. Der Therapeut hat mir immer genügend Zeit und Ruhe gelassen, um das Gesprochene für mich zu verarbeiten	3	2	1	0	-1	-2	-3
33. Ich bin heute näher an meine eigentlichen Probleme herangekommen	3	2	1	0	-1	-2	-3
34. Ich habe heute mehr Klarheit über mich selbst gewonnen	3	2	1	0	-1	-2	-3
35. Bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten waren heute besonders wichtig für mich. (Nennen Sie 2 der wichtigsten)							
36. Für die nächste Stunde wünsche ich mir vom Therapeuten:							

S B T

Therapeut: _____ Klient: _____

Insgesamt _____ ter Kontakt vom _____ 19 _____ Code: _____

Auf der folgenden Seite findest Du eine Reihe von Aussagen, die sich auf das heutige Therapiegelgespräch beziehen. - Ich möchte Dich bitten, diese Aussagen auf folgende Art und Weise zu beantworten:

3	2	1	0	-1	-2	-3
Ja, ganz genu	Ja	eher ja	unent- schieden	eher im Gegenteil	im Gegen- teil	ganz im Gegenteil

Kreuze bitte d i e Ziffer hinter jeder der Aussagen durch, die Deiner Ansicht nach am ehesten zutrifft für Dich.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit.

An die Therapeuten der Kontrollgruppe

In diesem Fragebogen geht es u.a. darum, Informationen darüber zu erhalten, welche Auswirkungen der Umgang mit 'erlebnisaktivierenden Interventionen' sowohl auf den Klienten als auch auf den Therapeuten selbst hat. Diese - Euch bereits bekannten - Interventionen sind noch einmal stichwortartig auf der Seite 3 gekennzeichnet. Verwendet Ihr eine oder mehrere dieser 'EaI' innerhalb der therapeutischen Gespräche, dann beantwortet auch bitte die Fragen auf Seite 3. - Verwendet Ihr keine 'EaI', dann kreuzt bei den entsprechenden Fragen auf Seite 2 die Ziffer '5' an.

1.	Im heutigen Kontakt habe ich ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch gearbeitet.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
2.	Der Klient ist wenig vorangekommen.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
3.	Meine erlebnisaktivierenden Interventionen haben dem Klienten weitergeholfen.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)
4.	Das heutige Gespräch war anstrengend für mich.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
5.	Ich war im heutigen Gespräch sehr engagiert.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
6.	Immer dann, wenn ich erlebnisaktivierende Interventionen benutzt habe, wurde der Klient unruhig.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)
7.	Manchmal verstand der Klient nicht, was ich von ihm verlangte.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)
8.	Ich bin zufrieden mit dem Verlauf der Stunde.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
9.	Es fiel mir schwer, die Äußerungen des Klienten angemessen zu reflektieren.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
10.	Mein Therapeutenverhalten hat den Klienten manchmal ängstlich gemacht.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
11.	Die Arbeit mit dem Klienten war sehr intensiv.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
12.	Ich spürte, daß der Klient mir in der Art und Weise, wie ich heute vorgegangen bin, vertraute.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
13.	Manchmal fehlte mir der Mut, erlebnisaktivierende Interventionen einzusetzen.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)
14.	Ich hatte den Eindruck, daß ich den Klienten mit meinen erlebnisaktivierenden Interventionen überfordere.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)
15.	Bezüglich des Therapieausganges bin ich optimistisch.	3	2	1	0	-1	-2	-3	
16.	Er reagierte ablehnend oder ärgerlich, wenn ich erlebnisaktivierende Interventionen einsetzte.	3	2	1	0	-1	-2	-3	(5)

17. Im heutigen Gespräch habe ich 'erlebnis-
aktivierende Interventionen (s.u.)' ein-
gesetzt. Ja 0
(Zutreffendes bitte ankreuzen!) Nein 0

Wenn ja, welche ?

- O. 'Ansprechen von Diskrepanzen und Inten-
sitätsunterschieden zwischen verbalem
und nonverbalem Verhalten ' Häufigkeit ca. _____
- I. 'Umformungen des sprachlichen Ausdrucks'
("Ich kann nicht..." zu "Ich will nicht...";
"Es" zu "Ich") Häufigkeit ca. _____
- II. 'Intensivierung von Empfindungen' Häufigkeit ca. _____
- III. 'Ansprechen des Hier-und-Jetzt'
("Kontinuum gegenwärtigen Bewußt-
seins") Häufigkeit ca. _____
- IV. 'Wiederholung / Übersteigerung' Häufigkeit ca. _____
- V. 'Innerer Dialog' (Rollenwechsel auf
2 Stühlen) Häufigkeit ca. _____

18. Nach meinen Empfinden 'profitierte' der Klient eher von
- (a) meinem gesprächspsychotherapeutischen Verhalten 0
- (b) meinen erlebnisaktivierenden Interventionen 0
- (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

19. Welche der 'erlebnisaktivierenden Interventionen' O - VI
beurteilen Sie im heutigen Gespräch als besonders günstig
und hilfreich für den Klienten? (Nur eine Ankreuzung!)
- | | | |
|--------------|-------|---|
| Intervention | O : | 0 |
| " | I : | 0 |
| " | II : | 0 |
| " | III : | 0 |
| " | IV : | 0 |
| " | V : | 0 |

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Anleitung

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt vor _____ Wochen vor.
Das war der _____ (Datum des Beginns
des Beurteilungszeitraums).
Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und
wie Sie sich fühlten. Überblicken Sie bitte nunmehr immer
den Zeitraum vom obigen Datum bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer
ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Ände-
rung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das
Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen
einer Zahl an.

Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

Ich bin ruhiger geworden.	+3	+2	+1	☒	-1	-2	-3
---------------------------	----	----	----	-------------------------------------	----	----	----

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums keine Änderung er-
lebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger
geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in
diesem Beispiel).

Wenn Sie eine starke Änderung in entgegengesetzter
Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeit-

raums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte
die -3.

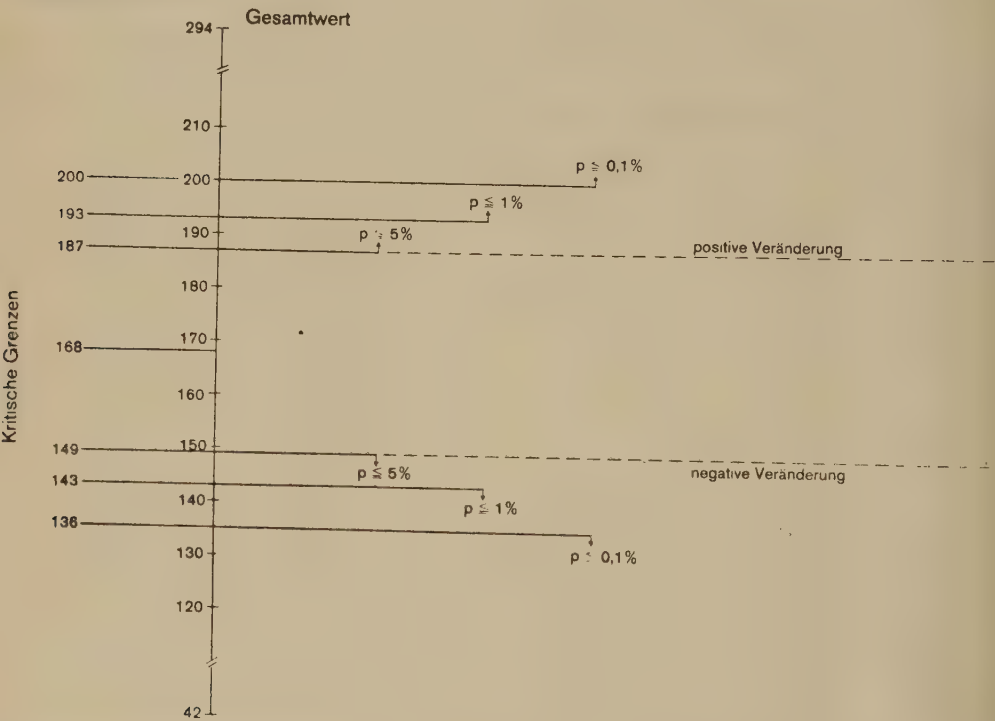
Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung
erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ru-
higer geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

		Änderung						
		in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
		+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark
1	Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8	Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11	Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17	Diese quälende Ungewißheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

		Änderung						
		in gleicher Richtung			keine		in entgegengesetzter Richtung	
		+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark
2	Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3	Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4	Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5	Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6	Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7	Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8	Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9	Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10	Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11	Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12	Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13	Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14	Ich glaube, daß ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15	Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16	Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17	Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18	Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19	Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20	Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewußt gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21	Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
22	Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Veränderungsnormen



Klinische Daten

Psychotherapeut:

Zeitspanne des Beurteilungszeitraums:

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

Therapeutische Maßnahmen:

Besondere zwischenzeitliche Ereignisse:

Auswerter:

Datum:

- A. (0) Ich bin nicht traurig.
 (1) Ich bin traurig und bedrückt.
 (2)a Ich bin ständig traurig und bedrückt und komme aus dem Gefühl gar nicht heraus.
 (2)b Ich bin so traurig und unglücklich, daß es mir weh tut.
 (3) Ich bin so traurig und unglücklich, daß ich es nicht mehr aushalten kann.
- B. (0) Ich bin nicht besonders pessimistisch oder entmutigt in bezug auf meine Zukunft.
 (1) Ich fühle mich mutlos in bezug auf meine Zukunft.
 (2)a Ich glaube, daß ich nichts zu erhoffen habe.
 (2)b Ich glaube, daß ich nie mehr aus meinen Sorgen (Schwierigkeiten) herauskomme.
 (3) Ich habe den Eindruck, daß meine Zukunft hoffnungslos aussieht.
- C. (0) Ich habe nicht das Gefühl versagt zu haben.
 (1) Ich habe das Gefühl, mehr versagt zu haben als andere Leute.
 (2)a Ich glaube, ich habe sehr wenig zustande gebracht, was einen Sinn oder einen Wert hat.
 (2)b Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, so sehe ich nichts als Versagen.
 (3) Ich glaube, ich habe als Person (Eltern, Ehemann, Ehefrau) total versagt.
- D. (0) Ich bin nicht besonders unzufrieden.
 (1)a Ich langweile mich meistens.
 (1)b Ich habe an nichts mehr dieselbe Freude wie früher.
 (2) Überhaupt nichts mehr verschafft mir Befriedigung.
 (3) Ich bin mit allem unzufrieden.
- E. (0) Ich fühle mich nicht besonders schuldig.
 (1) Ich empfinde mich sehr oft als schlecht oder wertlos.
 (2)a Ich fühle mich schuldig.
 (2)b Ich empfinde mich jetzt praktisch immer als schlecht oder wertlos.
 (3) Ich empfinde mich so, als wäre ich sehr schlecht oder wertlos.
- F. (0) Ich glaube nicht, daß ich Strafe verdiene.
 (1) Ich glaube, daß mir etwas Schlimmes passieren könnte.
 (2) Ich habe den Eindruck, daß ich jetzt oder bald bestraft werde.
 (3)a Ich glaube, daß ich es verdiene, bestraft zu werden.
 (3)b Ich will bestraft werden.
- G. (0) Ich bin nicht enttäuscht von mir.
 (1)a Ich bin enttäuscht von mir.
 (1)b Ich mag mich selbst nicht.
 (2) Ich kann mich nicht ausstehen.
 (3) Ich hasse mich.

- H. (0) Ich habe nicht den Eindruck, schlechter als andere Leute zu sein.
 (1) Ich achte sehr gut auf meine Schwächen und Fehler.
 (2) Ich mache mir Vorwürfe für alles, was nicht klappt.
 (3) Ich mache mich für alles verantwortlich, was nicht klappt.
- I. (0) Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 (1) Ich denke manchmal daran, mir etwas anzutun - aber ich würde es nicht tun.
 (2)a Ich glaube, ich wäre besser tot.
 (2)b Ich glaube, für meine Familie wäre es besser, wenn ich tot wäre.
 (3)b Ich würde mich töten, wenn ich es könnte.
- J. (0) Ich weine nicht mehr als sonst.
 (1) Ich weine jetzt häufiger als sonst.
 (2) Ich weine jetzt die ganze Zeit und kann nicht aufhören damit.
 (3) Auch wenn ich es könnte, kann ich jetzt nicht mehr weinen, wie ich es früher tat.
- K. (0) Ich bin nicht gereizter als sonst.
 (1) Ich bin rascher verärgert (oder gereizt) als gewöhnlich.
 (2) Ich bin ständig gereizt.
 (3) Alles, was mich gewöhnlich geärgert hat, berührt mich nicht mehr.
- L. (0) Ich habe das Interesse für andere Leute nicht verloren.
 (1) Ich interessiere mich weniger als sonst für andere Leute.
 (2) Ich habe fast alles Interesse für andere Leute verloren und fühle mich mit ihnen weniger verbunden.
 (3) Ich habe alles Interesse für andere Leute verloren; sie sind mir total gleichgültig.
- M. (0) Ich kann mich so leicht entscheiden wie sonst.
 (1) Ich bin jetzt weniger selbstsicher und versuche, Entscheidungen aus dem Wege zu gehen.
 (2) Ich habe große Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen.
 (3) Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
- N. (0) Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als gewöhnlich.
 (1) Ich befürchte, daß ich gealtert oder unvorteilhaft aussehe.
 (2) Ich habe das Gefühl, daß ich zunehmend schlechter und unvorteilhafter aussehe.
 (3) Ich habe den Eindruck häßlich und abstoßend zu wirken.
- O. (0) Ich arbeite so gut wie vorher.
 (1)a Es braucht eine zusätzliche Anstrengung, überhaupt an etwas heranzugehen.
 (1)b Ich arbeite nicht mehr so gut wie gewohnt.
 (2) Ich muß mich selbst antreiben, um überhaupt etwas zu unternehmen.
 (3) Ich bin unfähig, auch nur die kleinste Arbeit zu verrichten.

- P. (0) Ich schlafe so gut wie gewöhnlich.
(1) Ich wache morgens müder auf als sonst.
(2) Ich wache eine bis zwei Stunden früher auf als sonst, und ich habe dann Mühe wieder einzuschlafen.
(3) Ich wache jeden Morgen früh auf, und ich kann nicht mehr als fünf Stunden schlafen.
- Q. (0) Ich werde nicht schneller müde als gewöhnlich.
(1) Ich werde schneller müde als gewöhnlich.
(2) Alles, was ich tue, macht mich müde.
(3) Ich fühle mich zu müde, um irgendetwas zu tun.
- R. (0) Mein Appetit ist nicht schlechter als gewöhnlich.
(1) Mein Appetit ist nicht so gut wie gewöhnlich.
(2) Mein Appetit ist jetzt viel schlechter.
(3) Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
- S. (0) Ich habe nicht viel an Gewicht verloren, wenn überhaupt, dann seit kurzem.
(1) Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
(2) Ich habe mehr als 4 Kilo abgenommen.
(3) Ich habe mehr als 7 Kilo abgenommen.
- T. (0) Meine Gesundheit beschäftigt mich nicht mehr als gewöhnlich.
(1) Ich mache mir allerlei Gedanken über Beschwerden wie Schmerzen, Magenverstimmung, Verstopfung.
(2) Meine körperlichen Empfindungen beunruhigen mich so sehr, daß es schwierig wird, an etwas anderes zu denken.
(3) Ich bin von meinen körperlichen Empfindungen vollkommen in Anspruch genommen.
- U. (0) Ich habe nicht bemerkt, daß sich mein sexuelles Interesse in letzter Zeit irgendwie verändert hat.
(1) Ich interessiere mich weniger als gewöhnlich für sexuelle Dinge.
(2) Ich interessiere mich viel weniger für sexuelle Dinge.
(3) Ich habe jedes Interesse an Sex verloren.
-

Name des Klienten: Datum:

Name des Therapeuten: Code:

S T A I (allg.)

Name des Klienten: _____ Code: _____

Name des Therapeuten: _____ Datum: _____

Weiter unten finden Sie eine Reihe von Aussagen, die dazu dienen, sich selbst zu beschreiben. - Lesen Sie bitte jede der Aussagen durch und kreuzen Sie dann zwischen den beiden Polen "stimmt überhaupt nicht" und "stimmt vollkommen" an, in welchem Ausmaß jede dieser Aussagen auf Sie persönlich zutrifft.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Halten Sie sich nicht zu lange bei einer Aussage auf, sondern geben Sie die Antwort, welche Ihr allgemeines Befinden am besten beschreibt.

Dabei bedeutet: 6 = stimmt vollkommen
1 = stimmt überhaupt nicht

	stimmt überhaupt nicht						stimmt vollkommen					
1. Ich fühle mich beunruhigt	1	2	3	4	5	6						
2. Ich fühle mich sicher	1	2	3	4	5	6						
3. Ich bin angespannt	1	2	3	4	5	6						
4. Ich mache mir Vorwürfe	1	2	3	4	5	6						
5. Ich fühle mich wohl	1	2	3	4	5	6						
6. Ich bin verwirrt	1	2	3	4	5	6						
7. Ich mache mir Sorgen über mögliche Mißgeschicke	1	2	3	4	5	6						
8. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4	5	6						
9. Ich habe Angst	1	2	3	4	5	6						
10. Ich fühle mich behaglich	1	2	3	4	5	6						
11. Ich habe Selbstvertrauen	1	2	3	4	5	6						
12. Ich bin nervös	1	2	3	4	5	6						
13. Ich bin unruhig	1	2	3	4	5	6						
14. Ich bin überempfindlich	1	2	3	4	5	6						
15. Ich bin entspannt	1	2	3	4	5	6						
16. Ich bin zufrieden	1	2	3	4	5	6						
17. Ich mache mir Sorgen	1	2	3	4	5	6						
18. Ich bin sehr aufgeregt und verstört .	1	2	3	4	5	6						
19. Ich bin freudig erregt	1	2	3	4	5	6						
20. Ich bin gut gelaunt	1	2	3	4	5	6						

"U" - Fragebogen ('g')

Name des Klienten: _____ Code: _____

Name des Therapeuten: _____ Datum: _____

Lesen Sie bitte jede der nachfolgenden Aussagen durch und kreuzen Sie dann zwischen den beiden Polen "Stimmt überhaupt nicht" und "Stimmt vollkommen" an, in welchem Ausmaß jeder dieser Aussagen auf Sie persönlich zutrifft.

	Stimmt vollkommen	Stimmt über- haupt nicht
1. Ich treffe Entscheidungen schnell und sicher	1 2 3 4 5 6	
2. Ich muß öfters gegen meine Schüchternheit ankämpfen	1 2 3 4 5 6	
3. Ich protestiere laut, wenn sich jemand vor- drängt	1 2 3 4 5 6	
4. Ich bin sehr selbstsicher	1 2 3 4 5 6	
5. Ich bin sehr verlegen, wenn ich im Mittelpunkt des Interesses stehe	1 2 3 4 5 6	
6. Eine Gehaltserhöhung zu fordern, ist mir fast unmöglich	1 2 3 4 5 6	
7. Wenn mich mein Vorgesetzter zu Unrecht tadelte, kann ich mich immer erfolgreich verteidigen	1 2 3 4 5 6	
8. Ich lasse meine Entscheidungen leicht wieder von anderen Leuten umwerfen	1 2 3 4 5 6	
9. Es fehlt mir sicher an Selbstvertrauen	1 2 3 4 5 6	
10. Ich kann immer eine angemessene Bezahlung für meine Arbeit fordern	1 2 3 4 5 6	
11. Ich habe oft Angst, lächerlich zu wirken	1 2 3 4 5 6	
12. Ich fühle mich sehr schnell hilflos	1 2 3 4 5 6	
13. In Gegenwart des anderen Geschlechtes bin ich immer schüchtern	1 2 3 4 5 6	
14. Ich habe leicht das Gefühl zu versagen	1 2 3 4 5 6	
15. Ich habe ständig Angst, daß ich etwas Falsches sagen oder tun könnte	1 2 3 4 5 6	
16. Meine Forderungen kann ich leicht durchsetzen	1 2 3 4 5 6	
17. Wenn mein Chef sich in meinem Arbeitsraum auf- hält, fühle ich mich befangen	1 2 3 4 5 6	
18. Es fällt mir schwer, jemandem zu sagen, daß ich ihn nicht mag	1 2 3 4 5 6	
19. Ich werde immer verlegen, wenn ich ein Kom- pliment bekomme	1 2 3 4 5 6	
20. Ich bin mit meiner Leistung voll und ganz zufrieden	1 2 3 4 5 6	

Tabelle 1:
Experiencing-Spitzenwerte der Experimentalgruppe (EG) und
der Kontrollgruppe (KG) in den Kontakten 3, 6 und 9 (Gruppen-
urteil)

Therapie- nummer	EG														
	3. Kontakt Segment					6. Kontakt Segment					9. Kontakt Segment				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	3	5	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	5	4
2	5	3	3	5	3	3	3	4	2	3	3	4	3	5	4
3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2
4	4	5	4	7	4	4	3	3	3	4	6	7	5	7	7
5	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5
6	5	5	5	4	5	5	5	4	6	3	4	5	5	5	5
7	3	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3
8	4	4	4	4	5	4	3	4	5	5	3	4	4	4	4
9	2	4	4	5	6	5	6	6	5	4	4	6	6	4	5
10	5	4	4	5	6	7	4	4	7	7	6	4	4	6	6
11	3	2	4	3	3	2	4	3	4	3	4	5	5	5	6
12	5	4	4	4	3	4	4	5	7	3	3	5	3	4	4
13	4	5	4	4	3	7	3	4	3	4	3	3	3	4	4
14	2	5	4	5	4	5	5	6	5	6	6	3	3	3	3
15	4	4	3	3	4	3	4	4	2	4	4	4	4	5	3
16	5	4	3	4	5	6	4	4	5	5	3	4	4	5	4
17	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	5	4	4
	KG														
18	4	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3
19	2	2	2	2	2	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3
20	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	5	2	6	6	6
21	4	4	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	4	3
22	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	2	4	4	5	4
23	5	4	4	4	4	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4
24	3	3	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4
25	4	5	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3	4	5	5
26	5	5	4	5	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4
27	3	4	3	4	4	5	3	3	4	3	3	3	4	4	3
28	4	4	4	7	3	4	5	4	5	5	4	3	3	4	5

Tabelle 2:
Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichungen (s) der Ausgangswerte der Untersuchungsgruppen EG
und KG mit bzw. ohne ABR

		"Erlebnisor. Pth." (EG)				"Klientenzentrierte pth." (KG)			
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	mit ABR (N=22)	ohne ABR (N=23)	ohne ABR (N=12)	s
U-FB ("g")		82.09	13.36	79.21	11.52	60.78	12.92	60.42	10.02
STAI	allg	92.00	18.70	91.05	19.75	84.26	15.36	81.33	14.63
BDI		20.50	10.69	19.53	11.15	18.09	7.98	18.67	9.10
FPI, F	1	6.50	1.60	6.68	1.57	7.04	1.11	7.33	1.23
	2	5.45	1.82	5.53	1.93	5.52	1.95	5.75	1.82
	3	7.32	1.49	7.26	1.56	6.35	1.61	6.33	1.83
	4	5.38	2.03	5.67	2.06	5.78	1.65	6.25	1.60
	5	3.77	2.33	3.95	2.37	5.43	2.45	5.75	2.67
	6	2.91	1.66	2.89	1.66	3.87	1.79	3.50	1.78
	7	4.23	1.63	4.42	1.58	4.70	1.85	5.33	1.50
	8	7.32	1.70	7.21	1.78	5.35	1.85	5.00	1.81
	9	5.55	2.22	5.68	2.00	5.00	2.02	5.58	2.99
	E	3.77	2.18	4.05	2.20	5.48	2.02	5.58	1.68
	N	6.50	2.02	6.53	2.12	6.43	1.83	6.83	1.99
	M	2.62	1.36	2.58	1.43	3.00	1.73	2.67	1.78
SBK	1	4.32	0.72	4.31	0.74	4.35	1.15	4.41	0.90
	2	5.91	0.97	5.89	1.04	5.91	0.95	5.91	0.79
	3	4.41	1.99	4.26	1.99	4.30	1.87	4.58	1.62
	4	5.09	1.34	5.05	1.39	5.87	1.01	5.58	0.99
	5	3.41	2.20	3.15	2.16	3.65	2.10	4.00	2.04
	6	6.05	1.29	6.26	1.04	6.30	0.70	6.16	0.71
	7	3.32	1.43	3.31	1.52	3.96	1.67	3.58	2.15
	8	5.55	1.34	5.42	1.38	5.87	1.06	6.08	0.66
	9	5.23	1.23	5.26	1.28	5.57	1.12	5.41	1.08

Fortsetzung Tabelle 2:

SBK	10	2.18	1.30	2.05	1.31	2.74	1.36	2.58	1.37
	11	3.32	1.32	3.26	1.32	3.43	1.04	3.25	1.13
	12	3.14	1.52	2.89	1.44	3.56	1.80	3.58	1.73
	13	3.09	1.95	3.05	1.92	4.17	1.72	3.83	1.80
	14	3.72	1.57	3.84	1.67	3.52	1.85	3.58	1.83
	15	4.31	1.49	4.31	1.56	4.52	1.47	4.33	1.30
	16	5.36	1.29	5.26	1.24	5.17	1.43	5.00	1.53
	17	2.18	1.18	2.10	1.15	2.26	1.25	1.91	1.16
	18	4.00	1.82	3.78	1.87	3.86	1.68	4.00	1.90
	19	3.27	1.90	3.10	1.96	3.69	1.82	3.08	1.67
	20	5.50	1.05	5.52	1.07	5.56	1.27	5.58	1.31
	21	4.22	1.97	4.00	1.97	4.00	1.85	3.75	2.30
	22	5.59	1.09	5.57	1.17	6.00	1.08	5.91	1.08
	23	5.31	1.75	5.31	1.85	4.86	1.57	4.58	1.67
	24	1.59	1.00	1.52	1.02	1.69	1.06	1.58	0.79
	25	4.72	1.85	4.63	1.95	4.47	1.80	4.16	1.89
	26	5.81	1.00	5.84	0.95	6.13	1.01	6.16	0.83
	27	5.04	1.73	5.10	1.82	4.91	1.59	4.58	1.50
	28	2.45	1.26	2.31	1.29	3.21	1.41	2.91	1.44
	29	3.04	1.52	2.89	1.48	3.86	2.02	3.58	2.10
	30	4.31	1.46	4.31	1.56	4.30	1.46	3.66	1.43
	31	1.59	0.95	1.63	1.01	1.69	1.42	1.25	0.62
	32	6.09	1.44	6.00	1.52	6.47	0.66	6.33	0.65
	33	4.13	1.49	4.10	1.59	4.21	1.53	4.33	1.55
	34	4.04	1.52	3.94	1.61	4.00	1.50	4.16	1.52

Tabelle 3:

Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichungen (s) der KG zu den Meßzeitpunkten II (post) und III (Follow-up)

Variable	EG: "Erlebnisor. Pth" ohne ABR (N=19)				KG: "Klientenzentr. Pth." ohne ABR (N=12)			
	T II		T III		T II		T III	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
U-FB ("g")	68.84	16.03	-	-	62.25	9.28	-	-
STAI _{allg}	73.00	22.75	-	-	71.16	20.23	-	-
BDI	13.21	11.21	-	-	11.50	7.34	-	-
FPI, F 1	5.68	1.88	5.07	1.94	6.16	1.46	6.10	1.87
2	5.47	2.03	4.57	1.74	5.25	1.91	5.50	1.05
3	5.94	2.12	6.14	1.87	6.16	1.69	4.90	1.5
4	5.38	1.91	5.42	2.06	5.50	1.97	5.20	1.32
5	4.05	1.92	4.64	2.30	5.00	2.08	6.20	2.27
6	3.26	1.32	3.64	1.64	3.50	1.44	4.40	1.32
7	4.73	1.91	3.92	1.85	4.91	1.73	4.60	0.92
8	6.63	1.89	5.71	2.01	5.25	2.00	4.50	1.83
9	5.68	2.05	5.57	2.20	5.50	1.73	4.90	1.80
E	4.05	2.24	4.21	1.96	5.41	2.02	6.10	1.98
N	6.05	2.01	5.92	2.05	5.75	1.65	5.00	1.50
M	3.42	1.80	3.57	1.91	3.41	2.06	3.60	1.69
VEV	208.52	42.34	222.71	43.29	191.33	32.76	197.66	42.03

Tabelle 4:
Mittelwerte ($\bar{x}$) und Streuungen (s) der Items des "Stundenbegleitbogens Klient (SBK)" zu den 10 Meß-
zeitpunkten (Kontakte 2 - 10) in beiden Untersuchungsgruppen

Variable	$\bar{x}$	T_2	s	$\bar{x}$	T_3	s	$\bar{x}$	T_4	s	$\bar{x}$	T_5	s	$\bar{x}$	$\frac{E}{G}$	T_6	s	$\bar{x}$	T_7	s	$\bar{x}$	T_8	s	$\bar{x}$	T_9	s	$\bar{x}$	T_{10}	s
SBK 1	4.21	1.28	4.79	1.43	4.74	1.43	4.74	1.43	4.74	1.43	4.74	1.12	5.05	1.37	4.58	1.49	5.11	1.08	5.26	1.47	4.89	1.54						
2	6.16	0.99	6.32	1.02	6.53	0.83	6.37	0.91	6.32	1.12	6.42	1.07	6.53	0.96	6.32	1.12	6.26	1.31	6.32	1.12	6.26	0.90						
3	4.26	2.13	4.89	2.09	4.74	1.90	3.58	2.96	4.89	1.86	4.58	2.26	4.47	2.2	4.63	2.31	4.68	2.12	4.63	2.31	4.68	2.12						
4	5.63	1.77	5.84	1.13	6.32	1.15	6.05	1.45	6.12	1.63	5.95	1.24	6.11	1.51	6.11	1.55	6.11	1.35	6.11	1.55	6.11	1.35						
5	3.47	1.86	3.84	2.03	3.53	2.01	3.84	2.19	4.00	3.22	4.53	2.01	3.37	2.32	3.11	2.44	3.32	3.30	3.11	2.44	3.32	3.30						
6	6.16	1.37	5.42	1.50	5.84	1.35	5.16	1.63	5.53	1.56	5.21	1.81	5.53	1.52	5.84	1.54	5.63	1.83	5.84	1.54	5.63	1.83						
7	3.47	1.50	3.05	1.70	3.74	1.77	3.74	2.22	3.05	1.88	3.37	2.15	3.74	1.77	2.79	1.61	2.79	1.81	3.74	1.77	2.79	1.81						
8	5.53	1.76	5.95	1.47	5.53	1.49	5.84	1.61	5.84	1.54	5.84	1.71	5.58	1.80	5.63	1.84	5.37	1.68	5.63	1.84	5.37	1.68						
9	5.47	1.44	5.53	1.70	6.11	1.34	6.11	1.57	6.21	1.62	5.84	1.07	6.16	1.52	6.16	1.37	5.74	1.43	6.16	1.52	6.16	1.37	5.74	1.43				
10	2.53	1.87	2.42	1.64	3.47	2.04	3.53	2.72	3.47	1.98	3.79	2.02	3.11	2.09	2.63	1.74	3.16	1.52	2.63	1.74	3.16	1.52						
11	4.21	1.35	4.0	1.63	3.95	1.77	3.84	1.39	4.32	1.43	3.84	1.39	4.05	1.52	4.53	1.66	4.05	2.32	4.05	1.52	4.53	1.66	4.05	2.32				
12	3.74	2.09	3.26	1.92	2.84	1.62	3.05	2.14	2.84	1.99	3.32	2.24	3.16	2.05	2.47	1.92	2.95	1.87	3.16	2.05	2.47	1.92	2.95	1.87				
13	3.47	1.92	3.74	1.38	3.63	1.98	3.79	1.73	3.63	1.90	3.84	1.96	3.58	1.84	3.58	2.32	3.47	2.04	3.58	1.84	3.58	2.32	3.47	2.04				
14	2.89	1.43	3.32	2.39	2.74	2.08	3.68	2.39	2.47	2.09	2.68	1.77	2.32	1.54	3.47	2.34	2.74	2.28	2.32	1.54	3.47	2.34	2.74	2.28				
15	4.47	1.46	4.58	1.15	4.58	0.99	4.11	1.55	4.95	1.30	4.21	1.70	4.58	1.33	4.74	1.26	4.63	1.60	4.58	1.33	4.74	1.26	4.63	1.60				
16	5.2	1.39	5.11	1.12	5.11	1.34	5.26	1.05	5.53	1.33	5.68	1.31	5.79	1.39	5.84	1.54	5.68	1.84	5.79	1.39	5.84	1.54	5.68	1.84				
17	2.26	1.43	2.63	1.78	2.26	0.90	2.74	1.89	2.47	1.38	2.79	1.70	2.32	1.10	1.95	1.96	2.42	1.67	2.32	1.10	1.95	1.96	2.42	1.67				
18	4.32	1.87	4.53	1.59	4.68	2.0	4.63	2.34	4.95	1.74	5.16	1.77	5.0	1.81	5.32	1.98	5.37	1.71	5.0	1.81	5.32	1.98	5.37	1.71				
19	5.63	1.78	3.84	2.26	3.63	1.81	3.84	1.97	3.95	1.91	4.63	2.27	4.47	2.63	4.11	2.06	4.32	2.07	4.47	2.63	4.11	2.06	4.32	2.07				
20	5.26	1.33	5.53	1.25	5.37	1.02	5.42	1.10	5.53	1.11	5.68	1.34	5.89	1.57	6.05	1.31	6.05	1.17	5.68	1.34	5.89	1.57	6.05	1.31	6.05	1.17		
21	4.26	1.82	4.42	1.35	4.26	1.52	4.53	1.61	4.16	2.01	4.32	1.83	4.63	1.83	3.42	2.04	3.52	2.14	4.53	1.61	2.01	3.42	2.04	3.52	2.14			
22	5.74	1.12	6.05	0.96	5.84	0.81	6.05	1.17	5.95	1.26	6.16	1.22	6.26	1.25	6.0	1.22	6.0	1.31	6.16	1.25	6.0	1.22	6.0	1.31				
23	5.05	1.41	5.68	1.17	5.63	1.86	6.05	1.45	6.11	1.72	5.74	1.50	6.0	1.92	5.79	2.53	6.0	1.67	6.11	1.72	5.74	1.50	6.0	1.92	5.79	2.53	6.0	
24	1.58	1.39	2.16	1.46	1.89	1.3	2.68	1.71	2.32	1.90	2.74	1.75	1.79	1.05	1.84	1.29	2.32	1.55	1.79	1.05	1.84	1.29	2.32	1.55				
25	5.11	1.95	5.26	1.80	5.42	1.81	5.89	1.94	5.89	2.26	5.79	2.22	5.74	1.97	5.63	2.38	5.74	2.05	5.89	2.26	5.74	1.97	5.63	2.38	5.74	2.05		
26	6.21	0.83	6.11	0.93	6.26	0.97	6.26	0.69	6.32	0.91	6.47	0.83	6.37	1.02	6.37	1.07	6.47	1.01	6.32	0.91	6.47	0.83	6.37	1.07	6.47	1.01		
27	4.37	2.68	3.79	2.21	3.21	2.16	3.58	1.65	3.32	2.18	3.16	1.84	3.26	2.22	3.42	2.36	3.74	2.83	3.26	2.22	3.42	2.36	3.74	2.83				

Fortsetzung Tabelle 4:

Variable	T_2		T_3		T_4		T_5		T_6		T_7		T_8		T_9		T_{10}	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
SBK 21	3.5	1.87	4.67	1.62	4.17	2.07	3.92	1.59	3.92	1.64	2.83	2.58	3.58	2.04	3.83	2.02	4.17	2.07
22	6.25	0.99	6.33	0.79	6.25	0.65	6.5	0.9	6.58	1.07	6.5	1.0	6.3	1.0	6.5	1.08	6.33	0.9
23	5.25	1.43	5.42	1.40	5.75	1.70	5.75	1.56	5.75	1.75	5.83	1.77	5.75	1.45	5.25	2.19	5.92	1.67
24	1.92	1.44	1.83	1.22	2.33	1.66	1.75	1.34	1.5	1.0	1.83	1.49	2.08	1.51	2.17	1.51	2.17	1.44
25	4.83	1.37	5.5	1.78	5.5	1.92	5.5	2.02	5.58	1.88	5.67	2.2	5.42	2.18	5.67	1.88	5.58	1.44
26	6.42	0.62	6.33	0.84	6.33	0.72	6.42	0.75	6.58	0.52	6.42	0.75	6.33	0.94	6.5	0.65	6.67	0.91
27	3.83	1.91	3.25	2.06	4.08	2.32	4.08	1.24	4.0	2.02	3.5	1.88	3.92	1.83	4.0	1.98	4.17	2.07
28	2.33	2.23	2.5	1.51	2.75	2.25	2.67	1.87	2.25	1.72	2.42	1.57	2.58	2.15	2.67	1.42	2.17	1.82
29	2.75	1.90	3.0	1.93	3.0	2.61	3.42	2.25	3.17	1.31	3.25	2.10	4.08	2.47	3.83	2.12	3.75	2.41
30	4.25	2.11	4.33	1.30	4.33	1.88	4.67	1.48	5.0	1.61	5.0	1.56	4.92	1.66	4.5	1.34	4.75	2.11
31	1.42	0.84	1.25	0.95	1.58	0.99	1.17	0.79	1.17	0.79	1.75	1.38	1.67	1.51	1.5	1.29	1.42	0.84
32	6.08	0.62	6.17	1.12	5.83	1.24	6.08	0.62	6.25	0.79	5.67	1.15	6.17	1.63	6.17	0.72	6.08	0.75
33	4.58	1.36	4.75	1.31	5.08	1.49	5.25	1.24	5.5	1.47	5.58	1.42	5.33	1.76	5.42	1.56	5.58	1.60
34	4.25	1.83	4.83	1.56	5.42	1.36	5.17	1.21	5.5	1.30	5.42	1.55	5.42	1.55	4.75	0.79	5.23	1.12

Fortsetzung Tabelle 4:

Fortsetzung Tabelle 4:

Variable	T_2	T_3	T_4	T_5	T_6	T_7	T_8	T_9	T_{10}										
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$										
SBK	28	2.74	2.01	3.32	2.19	3.05	2.35	3.37	2.35	3.21	2.05	3.79	2.34	3.37	1.72	3.32	1.76	3.05	2.26
29	3.89	1.45	3.63	2.0	2.53	1.17	4.05	2.43	3.84	1.72	4.32	1.95	3.68	1.96	3.32	1.90	3.58	2.24	2.24
30	4.32	0.75	4.11	1.18	4.16	0.83	4.0	1.34	4.68	1.21	4.63	1.00	4.53	1.40	4.47	1.61	4.84	1.39	1.39
31	1.63	1.56	1.53	0.81	1.58	1.08	1.89	1.49	1.79	1.71	1.84	1.32	1.53	1.15	1.63	1.20	1.89	1.37	1.37
32	6.21	1.81	5.89	2.21	6.21	1.72	6.26	1.49	6.16	1.71	6.0	1.33	6.37	1.67	6.21	1.90	6.05	1.55	1.55
33	4.79	1.34	4.37	1.37	4.89	1.36	5.11	1.53	5.21	1.56	5.0	1.29	5.0	1.85	5.16	1.87	5.16	1.58	1.58
34	4.32	0.96	4.53	1.35	4.63	1.46	4.68	1.45	5.21	1.59	5.11	1.17	5.11	1.17	5.0	1.57	5.26	1.33	1.33
<u>K G</u>																			
SBK	1	4.75	1.07	4.5	1.0	4.58	1.03	4.5	1.17	5.25	1.27	5.67	0.97	5.33	1.31	5.17	1.29	5.67	0.87
2	6.42	0.67	6.09	1.8	6.5	0.79	6.42	0.91	6.5	0.9	6.59	0.65	6.53	0.78	6.75	0.72	6.67	0.75	0.75
3	4.58	1.80	4.25	1.83	4.42	2.04	4.67	2.43	5.0	1.93	5.83	1.60	4.83	2.22	4.58	1.22	4.08	2.34	2.34
4	6.0	1.0	6.17	0.9	5.92	1.07	6.33	0.87	6.25	0.78	6.25	1.37	6.42	0.84	6.5	0.79	6.5	0.79	0.79
5	2.75	2.14	4.0	1.28	3.58	1.88	3.0	2.0	3.33	1.3	2.5	2.39	3.33	1.37	3.33	2.02	3.33	2.27	2.27
6	5.42	0.75	5.67	1.09	5.42	1.05	5.42	1.29	5.42	1.55	5.58	1.17	5.67	1.38	5.25	1.88	5.5	1.78	1.78
7	3.33	3.01	3.17	2.54	3.17	2.23	3.0	2.81	2.58	2.49	2.67	2.58	3.17	3.06	3.33	2.56	3.33	2.26	2.26
8	5.5	1.68	6.0	1.24	5.67	1.0	5.33	2.05	6.08	1.13	5.92	0.94	6.0	1.08	5.92	1.12	6.0	0.79	0.79
9	5.67	1.36	5.58	1.19	5.58	1.03	5.5	1.56	5.92	1.45	5.33	2.53	5.92	2.57	5.75	1.72	5.67	1.71	1.71
10	2.58	1.76	2.5	1.73	2.75	2.29	2.33	1.87	2.25	1.67	2.42	1.85	2.08	1.51	2.5	2.07	2.67	1.73	1.73
11	3.58	1.30	3.75	1.09	3.5	1.67	3.75	1.68	4.33	1.73	4.75	1.68	4.0	1.77	3.75	1.67	3.92	2.06	2.06
12	3.25	2.10	3.33	2.26	3.0	2.02	3.25	2.10	3.08	2.36	3.58	2.95	2.83	2.09	3.08	2.36	3.85	2.53	2.53
13	3.17	2.61	3.42	1.93	3.08	2.01	2.92	2.23	3.17	1.07	2.92	1.88	2.58	2.01	2.58	2.38	3.25	1.83	1.83
14	2.83	2.01	3.17	2.35	3.0	3.06	3.0	2.02	2.67	1.78	2.33	2.42	3.42	2.44	2.75	2.29	2.83	1.85	1.85
15	4.33	1.35	3.83	1.45	4.0	1.50	4.67	1.30	4.83	1.57	4.67	2.71	4.58	1.66	4.42	1.83	4.91	1.31	1.31
16	5.0	1.65	5.58	0.79	5.75	1.14	5.0	1.65	5.42	1.08	5.92	1.17	5.75	1.49	5.58	1.31	5.83	1.70	1.70
17	1.85	1.19	1.92	1.45	2.15	1.06	2.0	1.73	1.75	1.27	2.58	2.23	2.2	1.00	2.0	1.02	2.3	2.39	2.39
18	4.33	1.97	5.33	1.97	5.5	1.73	5.25	1.71	5.33	2.10	5.33	2.19	4.75	2.18	5.08	1.44	5.33	2.06	2.06
19	3.75	1.92	3.42	1.72	3.5	1.68	3.67	2.35	3.5	2.19	3.33	2.60	3.58	2.58	3.5	2.54	4.08	2.34	2.34
20	5.83	0.62	5.58	1.04	5.75	1.64	5.92	1.23	6.08	0.91	6.0	1.38	6.33	1.06	6.33	1.29	6.42	1.19	1.19

Tabelle 4a:

SBK, Items 1-34. Stat. signifikante Veränderungen der Mittelwerte innerhalb EG und KG vom 2. - n-ten gegenüber dem 1. Kontakt

[illegible]

Tabelle 4b:

SBK, Items 1-34. Stat. signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen EG und KG in den Kontakten 1 und 10 sowie in den Veränderungsbeträgen (Mittelwertsdifferenzen) vom 1. zum n-ten Kontakt.

SBE - ITEMS 1 - 34	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		p =	p =	p =	p =	p =	p =	p =	p =
(1) Kl. Selbstvertrauen	--						0.001 KG höher		
(2) Th. verständnisvoll	--								
(3) Kl. entspannt	--								
(4) Th. engagiert	--			0.001 EG höher					
(5) Situationen bedrohlich	--	0.05 EG höher			0.05 EG höher		0.001 EG höher		
(6) Kl. Geschehen bestimmen	--	0.05 EG höher							
(7) Probleme bedrückender	--								
(8) Th.-Aufford. hilfreich	--								
(9) Gespräch intensiv	--								
(10) Th.-Aufford. unangenehm	--					0.05 EG höher	0.05 EG höher	0.05 EG höher	
(11) Schwierigkeiten veränd.	--								
(12) Th.-Absichten unklar	--								
(13) Th.-Aufford. verpflichtet	--				0.05 EG höher	0.05 EG höher	0.05 EG höher	0.05 EG höher	0.05 EG höher
(14) Kl. unbefriedigt	--							0.05 KG höher	
(15) Kl. erleichtert	--								
(16) Änderung Schwierigkeit	--								
(17) Kl. überfordert	--								
(18) Neuer Blickwinkel	--								
(19) Th. bestimmt	--								
(20) Th. entspr. Erwartg.	--								
(21) Selbstempf. beängstigen	--								
(22) Th.-Verhalten gefällt	--								
(23) Denken, Fühlen, Handeln	--								
(24) Kl. bedrängt	--								
(25) Kl. in sich gegangen	--								
(26) Kl. vertraut Th.	--								
(27) Th. zurückhaltend	--								
(28) Kl. wehrt sich innerl.	--					0.05 EG höher	0.05 EG höher		
(29) Konfrontation unangenehm	--	0.05 EG höher				0.05 EG höher	0.001 EG höher		
(30) Kl. optimistisch	--				0.05 KG höher				
(31) Kl. verärgert über Th.	--								
(32) Th. läßt Kl. Ruhe	--								
(33) Kl. an Probleme heran	--								
(34) Kl. mehr Klarheit	--								

Hiermit versichere ich, daß bei der Abfassung der Arbeit keine unerlaubte fremde Hilfe und nur die in der Abhandlung angeführten Quellen und Hilfsmittel von mir benutzt worden sind.

Münster, den 1. Oktober 1981

Kus 

LEBENS LAUF

Am 6. Januar 1949 wurde ich als dritter Sohn des freiberuflichen Kunstmalers und Graphikers Rudolf Esser (gest. am 2.7.1970) und seiner Frau Elisabeth, geb. Otterbeck (gest. am 19.8.1967) in Bocholt (Westf.) geboren.

Meine schulische Ausbildung begann 1955 mit dem Besuch der Grundschule. Die Langenberg-Volksschule in Bocholt besuchte ich vier Jahre lang und wechselte dann zu Ostern 1959 auf die dortige Realschule über. Das Reifezeugnis der Realschule erhielt ich nach 6-jährigem Schulbesuch am 20. März 1965.

Im Anschluß daran absolvierte ich eine 3-jährige bankkaufmännische Lehre an der Commerzbank AG in Bocholt, die ich im Frühjahr 1968 mit dem Kaufmanns-Gehilfenbrief abschloß.

Von März 1968 bis Juni 1970 studierte ich am Overberg-Kolleg, Institut des 2. Bildungsweges zur Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife, in Münster. Nach 5-semesterigem Kollegbesuch erhielt ich die Berechtigung zum Studium an einer deutschen Hochschule.

Im Wintersemester 1970/71 immatrikulierte ich mich im Fachbereich Psychologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Nach dem Vordiplom im Sommer 1972 spezialisierte ich mich auf den Bereich Klinische Psychologie mit den Schwerpunkten 'Psychophysiologie' und 'Methoden der Selbststeuerung' (bei Prof. Dr. Dieter Vaitl) sowie 'Psychologische Diagnostik' und 'Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie' (bei Prof. Dr. Hanko Bommert) und 'Verhaltenstherapie' (bei Prof. Dr. Dietmar Schulte).

Im Februar 1976 legte ich nach 11-semesterigem Studium die Diplom-Hauptprüfung in Psychologie ab.

Nach meinem Examen arbeitete ich von März 1976 bis Februar 1981 in der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Münster als Klinischer Psychologe in der psychotherapeutischen Behandlung Erwachsener und führte Lehrveranstaltungen zur Verhaltensmodifikation (Gesprächs- und Verhaltenstherapie) und Psychologischen Diagnostik sowie eine 2-semesterige Ausbildung in Familientherapie in der Klinischen Abteilung des Psychologischen Institutes durch.

Eine Ausbildung in Gestalttherapie erhielt ich während dieser Zeit bei Dr. Robert Selman in der BRD sowie bei Dr. James Simkin in den USA.

Seit März 1980 erhalte ich ein Doktorandenstipendium der Westfälischen Wilhelms-Universität nach dem Graduierten-Förderungsgesetz (GFG).



